



Université François Rabelais – Tours  
UFR Arts et Sciences Humaines  
Département des Sciences de l'Éducation

Année Universitaire 2012 - 2013

# ***L'odyssée du jeune infirmier en psychiatrie :***

## **Pour un compagnonnage instituant**

**Mémoire présenté et soutenu par  
Martial Rambaud**

**Sous la direction de  
Laurence Cornu  
Professeur des Universités**

En vue de l'obtention du Master Professionnel 2<sup>ème</sup> année – Arts, Lettres & Langues  
Mention Sciences de l'Éducation et de la Formation tout au long de la vie  
Spécialité : Stratégies et Ingénierie en Formation d'Adultes

A Madame Laurence Cornu  
pour son accompagnement dans ce travail  
grâce aux confiances mises en jeu,

A Danièle pour son soutien et son attente... ,

Aux enfants et petits enfants :  
Amélie, Brice et Léona pour leur aide et leur soutien,  
David et Emmanuel et leur famille pour leurs encouragements,

A ma famille pour ses encouragements et sa compréhension,

Aux amis attentionnés pour leurs contributions

A mon père qui m'a vu en partance pour cette aventure...

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Poursuite de la première recherche : un contexte traversé par trois logiques .....</b>	<b>5</b>
I. 1. Rappel du contexte .....	5
I. 2. Une évolution accélérée du contexte .....	7
I. 3. L'émergence de paradoxes .....	8
I. 4. Retour sur le concept d'Institution .....	11
I. 5. Les différentes logiques de l'Institution hospitalière .....	13
I. 6. La crise : un point de tension entre les deux logiques .....	21
I. 7. L'accompagnement dans cette tension ? .....	22
<b>II. La problématique d'une stratégie de l'accompagnement.....</b>	<b>24</b>
II. 1. Rappel sur le concept de prendre soin.....	24
II. 2. Retour sur le concept d'accompagnement. ....	26
II. 3. L'accompagnement : un système complexe .....	29
II. 4. L'accompagnement : une responsabilité plurielle.....	33
II. 5. L'accompagnement : une temporalité multiple.....	35
II. 6. L'accompagnement : l'alternance entre l'action et la réflexion.....	36
<b>III. Nouvel approfondissement : Trois figures de l'accompagnement.....</b>	<b>38</b>
III. 1. Un approfondissement de l'accompagnement.....	38
III. 2. Ulysse et l'initiation.....	44
III. 3. Socrate et la maïeutique .....	61
III. 4. Hippocrate et le mode thérapeutique .....	70
III. 5. Conclusion : L'Odyssée du jeune soignant en psychiatrie .....	82
<b>IV. Reformulation de l'hypothèse .....</b>	<b>84</b>
<b>V. A l'épreuve de l'enquête de terrain.....</b>	<b>88</b>
V. 1. La méthodologie employée.....	88
V. 2. L'analyse des données .....	94
V. 3. Retour à l'hypothèse .....	146
<b>VI. Propositions d'actions .....</b>	<b>154</b>
VI. 1. La médiation : jamais deux sans trois.....	154
VI. 2. Le groupe d'analyse des pratiques.....	156
VI. 3. La consolidation d'un « Moi-peau professionnel » .....	157
VI. 4. L'équipe soignante : une aire transitionnelle.....	163
VI. 5. Le trépied du compagnonnage instituant.....	172
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>174</b>
<b>VIII. Annexes .....</b>	<b>177</b>
Les Mots .....	177
VIII. 1. Guide d'entretien .....	178
VIII. 2. Entretien de Benoît .....	181
VIII. 3. Entretien de Caroline .....	192
VIII. 4. Entretien de Dorothée .....	204
VIII. 5. Entretien de Fiona .....	217
VIII. 6. Tableaux d'analyse .....	230
<b>IX. Références et index.....</b>	<b>355</b>
IX. 1. Table des Figures.....	355
IX. 2. Liste des références .....	356
IX. 3. Table des Matières.....	361

## Introduction

Infirmier psychiatrique, avec plus de trente ans d'ancienneté dans cette discipline, nous avons pu observer plusieurs évolutions, dont la diminution du personnel. La prise en charge du patient a dû être modifiée notamment ces vingt dernières années.

De nombreux postes d'infirmiers restent à pourvoir, malgré des recrutements réguliers de jeunes diplômés en décembre ou en juillet. Mais ces nouvelles recrues partent au bout de quelques mois. La fidélisation du personnel infirmier en psychiatrie devient alors un enjeu crucial.

### **Comment faire pour que les jeunes diplômés s'investissent en psychiatrie ?**

Les établissements de soins et leurs cadres de santé mènent régulièrement des actions pour tenter d'enrayer ce phénomène de désaffection. Pourtant, un grand nombre de nouveaux diplômés peinent à s'investir durablement dans les unités de psychiatrie, fragilisant ainsi la stabilité des équipes. Finalement, c'est le patient qui en subit le plus de dommages.

Interpellé par le revirement de leur enthousiasme démontré pendant les stages et lors de leur prise de fonction, nous avons voulu repérer les raisons de cette fuite dans le cadre de notre travail de recherche de Master 1 (Rambaud, 2011). L'accompagnement a été identifié comme l'un des enjeux majeurs pour leur fidélisation. Ce premier travail se termine par l'émergence du paradoxe, vécu par les nouveaux infirmiers, de la crise clastique chez un patient psychotique. Leur participation à l'apaisement du patient suscite un intérêt à s'investir dans ce métier. En revanche, la sensation d'impuissance face à ce genre de situation déclenche leur envie de quitter la psychiatrie. La complexité du problème de la pérennisation nous incite à approfondir cette recherche.

Le contexte affiné de la psychiatrie dévoile une opposition entre une logique d'établissement répondant à l'application de normes et une logique institutionnelle offrant une marge de manœuvre dans le travail quotidien. L'interaction des deux logiques reste en filigrane tout au long de notre recherche. L'approfondissement du concept d'accompagnement nous ouvre les portes de la mythologie :

Le soignant novice n'est-il pas aussi dépourvu face à l'imprévu, à l'irrationalité et à ce qu'il y a d'inimaginable dans la crise d'un patient psychotique, qu'Ulysse dans l'affrontement d'épreuves dans *L'Odyssée* ?

De là, se conjuguent des modes d'accompagnement avec différentes formes de confiance. L'étude de la Pédagogie Institutionnelle et du langage vient renforcer le cadre conceptuel. Philosophie et psychanalyse se côtoient pour nourrir notre recherche.

L'enquête de terrain, menée auprès de quatre jeunes infirmiers réoriente notre hypothèse vers un compagnonnage. La validation par un quatrième entretien nous invite à prioriser la phase d'intégration. Nous proposons alors un compagnonnage instituant composé d'un groupe d'analyse des pratiques, de la construction d'un « Moi-peau professionnel » et d'un projet de soins d'unité construit comme un portfolio collectif.

## **I. Poursuite de la première recherche : un contexte traversé par trois logiques**

Ce premier mémoire a d'abord dressé un historique de la psychiatrie de l'après guerre à aujourd'hui. Un questionnement portant sur le métier imaginé avant la formation infirmière jusqu'à la confrontation à la réalité une fois en poste nous a conduit à mobiliser les concepts lacaniens du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire. Une exploration auprès d'infirmiers ayant quitté la psychiatrie a mis en évidence l'importance de l'institution, de l'accompagnement et du prendre soin. L'hypothèse s'oriente alors vers un accompagnement sécurisant pour favoriser la créativité du jeune soignant.

La rencontre avec des infirmiers nouvellement en poste confirme ce besoin de collègues expérimentés lors d'une crise de violence clastique d'un patient psychotique. Nous découvrons alors un paradoxe dans cette situation ...

### **I. 1. Rappel du contexte**

L'asile départemental, régi par la loi du 30 juin 1838, devient hôpital psychiatrique en 1936 sous le Front populaire. La notion de soin est alors intégrée à l'enfermement. La seconde guerre mondiale accélère et généralise le processus d'humanisation des hôpitaux psychiatriques. Jean-Paul Arveiller (2002), dans son ouvrage collectif, rassemble de nombreux témoignages de cette évolution de la psychiatrie. François Tosquelles, psychiatre espagnol réfugié politique de la guerre d'Espagne, avait déjà œuvré pour humaniser l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère, avant la guerre. Il avait

instauré des échanges entre la population de la ville et l'hôpital. Ainsi, durant l'occupation, tout le monde a pris soin des maquisards et des malades mentaux. C'est le seul hôpital où aucun décès n'a été à déplorer pour dénutrition ou tuberculose alors que sur l'ensemble du territoire les estimations varient de 40 à 60 000 morts parmi les malades mentaux. Ainsi, l'expérience de Saint-Alban a servi de référence lors du mouvement d'humanisation d'après guerre<sup>1</sup>. Les politiques ont déployé d'énormes moyens pour les prises en charge de la maladie mentale. En parallèle, un mouvement associatif s'est déployé dans ces établissements, redonnant une dignité aux patients. Ils pouvaient ainsi participer à certaines décisions concernant les loisirs grâce au reversement d'un pourcentage financier du fruit de leur travail.

La Croix Marine a fédéré ces associations à partir de 1947. Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle est issu de cette époque. Elle s'évertue à soigner l'ambiance. Le quotidien de la vie, à l'intérieur des institutions, fait partie intégrante des soins. Il est alors partagé entre patients et soignants. Toutes les tâches de la vie quotidienne, du ménage à la confection des repas et bien sûr l'organisation des loisirs, sont de la responsabilité de tous. Les plus expérimentés (patients ou soignants) accueillent, expliquent le fonctionnement aux nouveaux arrivants (patients ou soignants). Cela favorise la rencontre à l'autre. Les équipes sont richement dotées en personnel.

Mais, à partir de la fin des années quatre vingt, la notion d'efficience a pris de l'importance dans les soins.

Les nouvelles générations de molécules antipsychotiques ont raccourci la durée d'hospitalisation. Les différentes réorganisations hospitalières ont alors réduit la capacité d'accueil au niveau des lits. Le nombre des soignants a diminué en parallèle. De plus, en 1992, le diplôme d'infirmier psychiatrique disparaît. La nouvelle formation infirmière s'étoffe seulement de quelques semaines supplémentaires en psychiatrie. L'actualité des faits divers en 2004 démontre des carences dans la réforme du diplôme. Un dispositif de tutorat est déployé pour aider les nouveaux soignants en psychiatrie. Malgré cela, il est difficile de fidéliser le personnel.

La mise en place des normes de certification dans les établissements de soins a pour objectifs la qualité et la sécurité des soins. Cela entraîne un travail administratif important sans augmentation de moyen, augmentant ainsi la charge de travail.

---

<sup>1</sup> Il est à noter que l'expérience de Saint-Alban a servi de référence également aux italiens qui ont opté pour une désaliénation par une courte durée d'hospitalisation au profit d'une intégration dans le tissu social grâce aux familles ou aux associations chrétiennes.

De plus, nos établissements ne sont plus financés par la validation d'un contrat d'objectifs et de moyens par l'Agence Régionale de Santé. Ils se gèrent dorénavant comme des entreprises, c'est-à-dire en fonction des résultats d'exercices des années précédentes. En d'autres termes, sur un territoire donné, un établissement de santé ne peut maintenir des services de soins ayant obtenu une activité insuffisante les années précédentes. La psychiatrie est en cours de réorganisation afin d'adopter prochainement ce fonctionnement. Les équipes sont également confrontées à une législation encore en évolution. A partir de 2007, la loi régissant les majeurs protégés a été modifiée. Si elle laisse davantage de responsabilité aux patients, elle complexifie le lien entre ces services et les unités de soins.

## **I. 2. Une évolution accélérée du contexte**

Le contexte législatif de la Santé évolue toujours. La vocation première des soignants en psychiatrie, s'occuper de l'état psychique des patients, en est alors continuellement parasitée.

En 2010, le Conseil d'Etat a invalidé la loi de 1990 sur les hospitalisations sous contraintes en psychiatrie et avait un an pour la modifier. Sa réforme a été votée le 05 juillet 2011 et applicable dès le 1<sup>er</sup> août suivant, en pleine période de vacances ! Maintenant, les patients hospitalisés sous contrainte doivent impérativement passer devant le Juge des libertés et de la détention au quinzième jour d'hospitalisation de suite. Un second certificat médical est rédigé vingt quatre heures après la première hospitalisation par un médecin différent du certificat initial. Un troisième est rédigé entre le cinquième et le huitième jour maintenant l'hospitalisation. Il est vrai que cette loi met la France en règle avec la législation constitutionnelle européenne en matière de privation des libertés. Mais son application dans l'urgence a considérablement fragilisé les équipes d'une part par le détachement de deux soignants pour accompagner le patient au tribunal parfois très éloigné de l'hôpital. D'autre part, elle impose une rigueur administrative car le juge doit libérer le patient si le dossier n'est pas conforme (respect du numéro des articles, des délais des certificats et différences de médecins) même si son état psychique témoigne d'une grande fragilité. L'application de cette loi est très contraignante car les dispositifs prévus ne sont pas encore opérationnels. Chaque centre hospitalier doit disposer d'une salle accessible car l'audience est publique (!), où le juge peut venir rencontrer le patient avec son avocat pour vérifier le respect de la mesure administrative de soins sous contrainte. Le centre hospitalier doit s'équiper d'un matériel de visioconférence dans cette salle pour éviter les déplacements.

La majorité des tribunaux ainsi que les centres hospitaliers ne sont toujours pas équipés. Aujourd'hui, de très nombreux établissements détachent des soignants pour accompagner les patients au tribunal.

Nous cernons mieux dorénavant les difficultés institutionnelles subies aujourd'hui par les équipes soignantes. Autrefois, l'accompagnement des jeunes était focalisé sur les techniques de soins relationnels et leurs adaptations aux pathologies des patients dans les situations rencontrées. Aujourd'hui, les soignants expérimentés se retrouvent novices comme leurs jeunes collègues face à une législation qui prend le pas sur le soin. L'accompagnement paraît alors devenir problématique.

### **I. 3. L'émergence de paradoxes**

- a) Les soignants en psychiatrie ont toujours été vigilants au respect de la législation car ils ont conscience de l'impact de la privation de liberté sur l'état psychique du patient. Mais les mesures de placement étaient beaucoup plus simples et étaient gérées par les médecins et la direction administrative. Les soignants, quant à eux, prenaient en considération les droits et les devoirs des patients sous placement. Aujourd'hui, ils ont été aspirés dans cette gestion administrative.

**Le métier d'infirmier dans un service de psychiatrie n'évolue-t-il pas vers une priorité donnée d'abord à la prise en charge administrative avant le soin à prodiguer au patient ?**

**L'infirmier aujourd'hui prendrait-il davantage soin du dossier administratif que du patient lui-même ?**

**Le métier ne dérive-t-il pas de sa mission première de soigner ?**

**Ne sommes-nous pas en train de perdre le sens fondamental de notre métier ?**

- b) Il n'est pas facile pour un jeune de se confronter à la pathologie mentale. Alors se pose la question de la transmission de l'expérience passée. L'expérience acquise, accumulée, renvoie à des situations passées. L'enjeu est donc dans la transposition de cette expérience dans des situations nouvelles dues à l'évolution de la psychiatrie.

**Comment, et par qui, accompagner les anciens dans l'évolution du métier ?**

- c) Un autre paradoxe découle du précédent : l'accompagnement doit peut-être être dirigé en premier vers les anciens alors qu'on compte sur eux pour cette mission envers les jeunes.



**Le nouveau diplôme, axé sur les compétences, assure-t-il une autonomisation rapide du jeune diplômé en psychiatrie ?**

- d) Apparaît maintenant le paradoxe de la nécessité de l'accompagnement à mettre en place alors qu'en même temps, il y a augmentation de la charge de travail notamment administrative sans augmentation de personnel.

**Comment trouver le temps de l'accompagnement alors que le travail administratif prend de plus en plus d'ampleur ?**

- e) Un autre paradoxe :

**Cet accompagnement ne risque-t-il pas de dériver vers « prendre soin de soi » pour le soignant, compte tenu des contextes, au détriment du « prendre soin des patients » ?**

**Est-ce réellement une dérive ?**

Pour expliquer les enjeux de l'accompagnement d'une génération inexpérimentée par une expérimentée, la métaphore de l'adolescence semble pertinente. En effet, l'adolescent souffre de mal-être dans son quotidien tant tous ses repères sont perturbés par les métamorphoses qu'il subit. L'adulte tente de le rassurer en lui disant que comme tout le monde ça lui passera. Mais pour lui ce n'est pas évident, et si il n'y arrivait pas, lui, à devenir adulte ? Il lui est nécessaire d'*attaquer* la cellule familiale pour mieux s'individualiser et s'autonomiser. Il s'identifie néanmoins à certains adultes de sa cellule familiale pour y arriver. Pour les parents, ce n'est pas un moment facile également. Ils comprennent que le temps a passé et qu'un équilibre familial confortable est en train de disparaître. Leur adolescent leur fait vivre en miroir le fait qu'ils commencent à être dépassés, qu'ils peuvent avoir besoin d'eux pour certaines technologies par exemple. Ils revisitent alors leur propre adolescence en faisant des comparaisons, en s'identifiant à leur adolescent par l'utilisation de ses codes (tenues vestimentaires, langage, musique, ...). Ils prennent conscience de ce qu'ils sont devenus avec le deuil de leurs espérances. Parfois, cela développe des exigences vis-à-vis de leur enfant. L'« ado » a besoin de l'adulte stable pour s'identifier, d'un *père* (la mère a un rôle également essentiel pour son autonomisation avec l'acquisition de la première loi sociale entre autres), mais aussi d'un groupe de *pairs* également où il pourra se reconnaître parmi ses semblables.

Bien évidemment, cette métaphore pourrait être beaucoup plus développée. L'intérêt réside dans la multiplicité des enjeux des deux côtés dans un environnement en perpétuelle évolution. Cela amène un paramètre supplémentaire dans l'accompagnement : le groupe de pairs. L'accompagnement ne consiste peut-être pas exclusivement entre un

accompagnateur expérimenté et un novice mais également, en parallèle à un accompagnement entre inexpérimentés.

Il y a donc bien des enjeux d'acteurs dans l'accompagnement. Les incertitudes qui en découlent, le complexifient. Mais il ne faut pas oublier que sa finalité est de rendre autonome le plus rapidement possible le nouvel arrivant dans ses prises en charge de patients psychotiques, notamment dans les situations de crises.

### **L'accompagnement consiste-t-il uniquement en un duo de personnes ?**

#### **L'Hôpital, en tant qu'Institution hospitalière sur tout le territoire, tient-elle un rôle dans l'accompagnement ?**

Les plans de santé mentale qui se sont succédés depuis 2005, prévoient un apport théorique supplémentaire par une consolidation des savoirs, obligatoire pour tout nouveau soignant en psychiatrie. Mais mis en place depuis huit ans, ce dispositif ne suffit pas à colmater la fuite des nouveaux diplômés.

La fidélisation des nouveaux soignants en psychiatrie demeure un problème très complexe. Elle repose sur leur protection et leur marge de manœuvre et surtout sur un apport complémentaire de théorie. Il est de la responsabilité de l'institution d'organiser une alternance entre le travail auprès du patient et une réflexion en équipe sur la clinique et sa pratique quotidienne. Elle garantit également la liberté d'agir de ses soignants. Il est vrai qu'une organisation d'établissement donne la priorité aux soins directs, c'est-à-dire auprès du patient. Elle consent un temps aux soins indirects pour la traçabilité des actes et le travail de réseau avec des partenaires gravitant autour du patient ainsi que l'encadrement d'étudiants. Mais il est difficile de détacher du temps pour que des soignants puissent réfléchir pendant leur temps de travail. L'efficiency du soin a des difficultés pour accepter cette exigence. A cette proposition, bon nombre de managers répondent par la possibilité d'utiliser la formation continue de façon individuelle. Pourtant, nous savons que ce travail réflexif ne peut se faire qu'en équipe et périodiquement.

Les services de psychiatrie subissent peut-être le transfert, de façon insidieuse, d'un fonctionnement institutionnel au sens de Hess (2002), à un fonctionnement de logique d'établissement comme le définit Crozier et Friedberg (1977).

Il devient nécessaire, pour bien les différencier, de définir ce que nous appelons logique d'établissement et fonctionnement institutionnel. Mais les services de psychiatrie doivent

tenir compte de leur dépendance à l'Institution concernant la Santé qui a sa propre logique. Il est dorénavant nécessaire de résumer le concept d'Institution étudié lors de notre Master 1, avant de définir les différentes logiques qui y sont associées.

#### **I. 4. Retour sur le concept d'Institution**

Dans ce premier mémoire, trois auteurs définissent l'institution permettant à l'Homme de s'adapter aux règles de la Société de façon durable. Elle se développe généralement dans le travail sur autrui.

Dubet (2002) montre que l'Institution est en déclin. Par exemple, l'hôpital et ses professionnels ont perdu leur aura auprès des usagers. Maintenant, le médecin propose des soins et le patient décide. Celui-ci n'hésite pas à ester en justice l'hôpital pour une prise en charge qu'il pense insuffisante. Il relève le paradoxe au niveau de la santé. Plus les avancées technologiques améliorent les diagnostics et augment l'espérance de vie, plus les équipes médicales sont en insécurité par la réaction des patients. Les soignants subissent alors la pression administrative de leur établissement pour être efficient et éviter toute judiciarisation. Le développement de la politique de certification de la qualité a pour but, aussi, de protéger l'hôpital. Celui-ci organise donc un fonctionnement inattaquable. L'auteur relève que cela nécessite le développement de valeurs éthiques chez les professionnels.

Ainsi, Dubet (2002) développe une conception politique de la vocation de l'Institution que nous écrivons avec un I majuscule.

Meirieu (2006), chercheur spécialiste des Sciences de l'éducation et de la pédagogie, remarque que de grandes Institutions ont commis le meurtre symbolique. L'Education Nationale a supprimé l'instituteur – notons que le mot est proche d'instituant - pour le remplacer par le professeur des écoles. La Santé a fait de même avec le diplôme d'infirmier psychiatrique qui n'existe plus depuis la réforme des études infirmières en 1992. L'uniformisation du métier d'infirmier faciliterait-elle l'organisation protectrice de l'établissement hospitalier ?

Pourtant, il explique que l'Institution se fonde sur les interdits anthropologiques, c'est-à-dire l'interdit de l'inceste, l'interdit de meurtre et l'interdit de nuire à l'autre. Il rappelle ainsi les limites fondamentales de la déclinaison sur le terrain de la politique de

l'Institution. Mais en même temps, cela laisse une énorme marge de manœuvre pour appliquer localement cette politique.

Meirieu (2006) soulève alors un paradoxe au niveau de l'Institution. D'un côté, elle préserve ses établissements par un fonctionnement unifié et rigide tout en assurant sa vocation au plus proche de la population. De l'autre, elle laisse entrevoir une grande liberté d'actions aux acteurs de terrain afin de s'adapter à son temps et d'assurer ainsi sa pérennisation.

Hess (2002) développe cette marge de manœuvre sur le terrain. Il précise que l'« instituant » est celui qui « organise » l'institution, et l'« institué » celui pour qui elle est destinée. Il s'appuie sur les travaux de Guattari, philosophe et psychanalyste, qui a identifié « les groupes objets » formés d'institués et « les groupes sujets » composés d'instituants. Ces derniers permettent la pérennisation de l'Institution.

L'adjectif institutionnel détermine ce fonctionnement lorsqu'il est associé à pédagogie (pédagogie institutionnelle) ou à psychothérapie (psychothérapie institutionnelle).

Concernant le soin, Delion (2000, p. 20) se réfère à Tosquelles pour différencier l'institution de l'établissement. Ce dernier est la structure administrative souvent dépendante de l'Etat qui les organise de manière identique pour une mission déterminée, par exemple apprendre à lire et à écrire pour les établissements scolaires et à soigner pour les établissements de soins. Une institution est un fonctionnement créé par des instituteurs au sein d'un établissement.

Nous différencions dorénavant l'Institution, vocation politique, de l'institution, écrit avec un i minuscule, qui désigne un des fonctionnements de ses établissements.

Nous percevons maintenant la différence entre une institution et une organisation. Cette dernière permet à l'établissement de fonctionner selon des règles définies identiques selon les strates de l'organigramme. Elle accepte que ses employés développent des jeux d'acteur définis par Crozier et Friedberg (1977). La condition réside dans l'accomplissement des missions pour lesquelles ils sont rémunérés. Ils peuvent alors déployer une stratégie pour s'octroyer un certain pouvoir et/ou saisir des opportunités afin d'améliorer leur quotidien au travail. L'institution, elle, a pour vocation de s'occuper d'autrui. Elle est organisée comme les établissements. En revanche, les professionnels proches de la personne qu'ils ont à prendre en charge, ont une marge de manœuvre pour organiser eux-mêmes leur fonctionnement.

Ainsi, l'établissement permet à ses employés de développer des stratégies individuelles, alors qu'une institution favorise des créations collectives au bénéfice des institués au sens de Hess. Dans le contexte actuel, l'hôpital tend de plus en plus vers une logique d'établissement suscitant chez les jeunes soignants des stratégies d'acteur qui priment sur l'envie de prendre soin d'autrui.

Au sein de l'Institution hospitalière, se confrontent alors plusieurs logiques avec chacune son orientation spécifique.

## **I. 5. Les différentes logiques de l'Institution hospitalière**

### **I. 5. 1. Logique d'Institution : une prise en charge économique d'un résident en France**

Dans son domaine d'activités, la logique d'Institution met en place les orientations dictées par le Gouvernement. Elle se situe au niveau politique. Elle a une vision très large, à l'échelon national, de ses missions. Elle a pour but de pérenniser sa mission : assurer l'éducation des enfants ou la santé de la population par exemple. Elle définit les grandes lignes et organise son application de façon équitable sur l'ensemble du territoire. Elle repose sur un cadre juridique. Elle dispose d'un budget voté par le Gouvernement.

La logique d'Institution donne les directives à appliquer. Elle porte la responsabilité de l'équité pour tous en matière de santé. Elle développe ainsi une éthique de l'économie de la santé. Elle recherche l'efficacité, elle est donc dans le champ de l'économie. Elle a mis en place des « groupes homogènes de malades » afin d'assurer cette équité dans le budget alloué pour la prise en charge d'une maladie.

Elle définit le niveau et le nombre de qualifications nécessaires pour prendre en charge une pathologie donnée.

### **I. 5. 2. Logique d'établissement : une prise en charge sociologique de l'individu**

La logique d'établissement est la déclinaison et l'application de la logique d'Institution sur un petit territoire. Nous savons qu'un établissement a une organisation hiérarchique structurée. Les missions de chaque employé sont clairement définies. Les équipes sont constituées d'un personnel avec la qualification nécessaire pour le poste occupé. Les fonctions ne sont pas interchangeables. Un établissement a une vocation de production rentable. Les centres hospitaliers fonctionnent aujourd'hui de la même façon avec leur

financement tributaire de leur activité de l'année précédente. Ne parle-t-on pas, d'ailleurs, d'établissements de santé ? Les unités de soins sont composées d'un nombre d'infirmiers permettant un effectif minimum de sécurité, seuil à ne pas diminuer, par tranche horaire. Les établissements de santé respectent la réglementation concernant le nombre de diplômes requis en fonction de la capacité d'accueil de patients. Chaque infirmier est reconnu l'égal de ses collègues dans le travail au quotidien. La logique d'établissement ne s'intéresse qu'à la fonction. L'expérience est, elle aussi, catégorisée et hiérarchisée. On parle alors d'infirmière novice, expérimentée ou experte. L'expertise rajoutée à la qualification devient une richesse dans la composition d'une équipe.

Nous pouvons alors repérer une vision sociologique dans une logique d'établissement dans le sens où elle s'intéresse à l'infirmier en tant qu'individu non séparé de son groupe de semblables. Par exemple, les équipes sont constituées de trois infirmiers du matin et d'après midi.

La logique d'établissement tient néanmoins compte de l'inexpérience pour éviter ou réduire au maximum les risques, au nom du principe de précaution. Pour cela, Elle s'emploie à maîtriser tous les problèmes. Elle les répertorie, les identifie, les analyse et met en place des outils pour y remédier. Cette recherche de maîtrise est déstabilisée par un imprévu. Les agents sont donc sensibilisés à la rédaction de fiches suite à la survenue d'un évènement, appelées « fiche d'évènement indésirable ». Cette procédure doit être effectuée après chaque incident. Un dispositif est alors activé pour comprendre et analyser ce qui s'est passé afin de prévoir une réponse adaptée. Bien évidemment, ces évènements sont répertoriés et la logique d'établissement anticipe leur survenue. Elle uniformise des outils et des protocoles « si besoin » sont alors appliqués en réponse aux crises. Une logique d'établissement s'intéresse aux conséquences du problème. Par exemple, la gestion d'une crise d'agitation chez un patient est protocolisée. Là encore, nous repérons une logique sociologique. Donner une réponse unique à des crises d'agitation implique qu'elles soient semblables les unes aux autres.

Il en est de même pour les soins. Ne parle-t-on pas de soins individualisés à la personne soignée ? Ou de groupes homogènes de malades ?

La formation infirmière a très longtemps été ancrée dans une logique d'établissement et donc dans une logique sociologique. Les jeunes diplômés sont aptes à donner des soins connus et répertoriés pour traiter des symptômes connus et répertoriés.

Un jeune infirmier, venant d'être embauché, peut être rassuré par une logique d'établissement. Ses missions sont définies et sont en continuité avec ce qu'il a appris

durant sa formation. Par son inexpérience, il craint d'affronter une crise. Mais, le service lui donne le mode d'emploi à utiliser en cas de problème.

Dans une logique d'établissement, chacun réalise uniquement les actes qui lui sont autorisés. Ce qui est de l'ordre de la créativité, par définition, n'est pas encore répertorié ni validé pour être mis en application. L'inventivité n'a donc pas forcément sa place. L'apparition de l'imprévu génère une déstabilisation qui nécessite la fabrication immédiate d'une réponse en anticipation de la récurrence. Chaque professionnel a besoin de se démarquer de cette recherche de maîtrise totale. D'après Crozier et Friedberg (1977), l'agent va alors développer sa *zone d'incertitude* pour s'octroyer un champ d'actions. La logique d'établissement permet ainsi le développement de stratégies individuelles pour organiser sa marge de manœuvre et son plan de carrière.

Nous résumons alors une logique d'établissement par le fonctionnement d'un collectif infirmier pour soigner un collectif de patients pris en charge individuellement dans la gestion, la « postvention » et l'anticipation de la crise. Mais un fonctionnement exclusivement dans une logique d'établissement ne peut se concevoir du fait qu'il est déstabilisé par l'imprévu et l'inconnu.

Intéressons-nous maintenant à ce que Hess (2002) dénomme fonctionnement institutionnel. Pour marquer la différence avec la logique d'établissement, nous l'appelons logique institutionnelle.

### **I. 5. 3. Logique institutionnelle : une prise en charge philosophique et thérapeutique de la personne**

La logique institutionnelle vient nuancer et pondérer la logique d'établissement. Dans l'espace où elle est pratiquée, la Logique institutionnelle prend soin de tout le monde. Elle s'évertue à traiter l'ambiance de son environnement en associant la vie quotidienne aux soins. Pour cela, chaque personne, patient et/ou soignant, participe aux tâches de tous les jours. Ainsi, se crée un collectif de personnes (patients et soignants) sans aucun rapport de pouvoir. La logique institutionnelle s'intéresse à la personne, à son histoire. Elle prend en considération ce qui la différencie des autres. Elle va chercher les centres d'intérêt d'un patient pour les utiliser dans les soins. Elle porte la même attention à chacun de ses soignants. Elle sollicite l'utilisation de leurs loisirs dans le cadre des prises en charge. En fonction de la singularité du patient, un soignant fait preuve d'inventivité pour mettre en

œuvre une activité thérapeutique ou occupationnelle toujours en collaboration avec l'équipe.

Par cette ambiance respectueuse, elle œuvre en prévention de crise de violence par des activités occupationnelles ou thérapeutiques. Et si une se déclenche, chacun fait preuve d'inventivité pour diminuer son intensité. Tous se mobilisent pour l'apaiser.

L'imprévu ne la déstabilise pas. Au contraire, elle s'en enrichit par toute la créativité produite pour y faire face. Une idée proposée par un soignant est finalisée en équipe pour apporter une réponse. Ce qui évite à la logique institutionnelle de stagner dans son fonctionnement. Chacun contribue à faire évoluer le collectif et par ce processus, s'enrichit lui-même de nouvelles compétences. La logique institutionnelle permet à l'infirmière de passer de novice à expérimentée puis à experte. Par ce fonctionnement, elle est en perpétuelle adaptation et assure ainsi sa pérennité. Elle est très proche de la praxis par le développement simultané d'un enrichissement intellectuel de la personne et du collectif qui incitent les mises en action.

Elle reconnaît l'hétérogénéité des patients. Elle recherche cette même hétérogénéité chez ses soignants pour diversifier et adapter les prises en charge pour chaque patient. Dans cette conception, les anciens accompagnent les nouveaux. Des liens relationnels s'établissent dans une confiance mutuelle. Rapidement, les nouveaux soignants s'émancipent. Les fonctions sont interchangeables. Des espaces et des temps de réflexion sont institués pour que l'équipe, entité intergénérationnelle, analyse leurs pratiques afin de toujours garder le sens de leur travail.

Elle n'impose rien et n'est pas repliée sur elle-même. Ainsi, elle favorise un fonctionnement démocratique par l'implantation d'associations aussi bien pour les patients que pour les soignants.

Elle se rapproche ainsi de la philosophie et de la psychologie sur la conception de l'Homme : individu unique par son histoire et sa pensée. Il est inclassable car soit il est évoqué de manière générale (l'Homme différent de l'animal), soit il est reconnu par sa singularité (il n'a pas de semblable). Elle a une conception holistique de l'homme. Elle se conçoit dans une praxis.

Elle s'identifie alors par la reconnaissance de la singularité de chacun (patient et soignant) dans un collectif partageant des activités et favorisant la créativité dans une ambiance la plus apaisée possible. Elle ne craint pas l'imprévu et travaille en prévention de la crise. Ce fonctionnement œuvre pour sa pérennité.



La prise en charge de la santé en France est une Institution. Paradoxalement, elle est organisée en logique d'établissement sur le plan administratif. Mais sa mission première, soigner la population, tend vers une logique institutionnelle. Ce paradoxe se retrouve dans la prise en charge de la santé mentale notamment dans les services de psychiatrie.

#### **I. 5. 4. L'articulation des trois logiques**

La logique d'Institution assure la réalisation des missions de l'Institution. Pour cela, elle s'évertue à la pérenniser. Toutefois, l'application exclusive de ses directives entraînerait rapidement le blocage de son fonctionnement. Si un résident du territoire français développe une pathologie, elle est la plupart du temps bien connue et sa prise en charge indiquée et chiffrée. Mais c'est avant tout une personne avec son histoire. Celle-ci va interférer dans la production de symptômes. Une pathologie donnée se décline différemment selon les personnes. La logique d'Institution en a conscience mais si elle le stipule clairement, le coût des soins sur le terrain va exploser son budget et d'autres patients ne seront pas traités.

Nous posons alors l'hypothèse selon laquelle la logique d'Institution s'appuie sur une réglementation écrite et une autre partie qui ne l'est pas. La logique d'établissement ne tient compte que de ce qu'il y a d'écrit. La logique institutionnelle a la faculté de « lire entre les lignes » et donc de s'adapter à l'imprévu. Elle permet ainsi à l'Institution de rester toujours en cohérence avec les problèmes du terrain. Elle pondère les dérives vers le zèle de la logique d'établissement. Nous repérons donc des directives descendantes de la logique d'Institution vers la logique d'établissement. Un mouvement ascendant d'informations de la logique institutionnelle vers la logique d'Institution permet de mettre à jour ses directives. Grâce à la logique institutionnelle, l'Institution est en phase avec le temps présent et assure ainsi sa pérennisation.

La logique d'établissement a également une fonction très importante en plus d'assurer les directives. Elle vient canaliser la marge de manœuvre de la logique institutionnelle afin que sa créativité ne se détourne pas de la logique d'Institution. Par cela, elle assure également la pérennisation de l'Institution.

Nous pouvons encore mieux cerner la différence entre Institution avec un I majuscule, explicitée plus haut, et institution avec un i minuscule. Etablissement et institution sont la même chose. La différence réside dans la prégnance de la logique d'établissement pour le premier et dans l'importance de la logique institutionnelle pour le second.

Dans le premier cas, comme nous l'avons perçu précédemment, l'établissement se structure en organisation hiérarchisée. Son fonctionnement favorise l'émergence de jeux d'acteur des soignants pour se fabriquer un plan de carrière. L'intérêt pour le patient se détourne de sa mission pour devenir l'objet de leur marge de manœuvre. Tout évènement perturbe d'autant plus ce fonctionnement.

Dans l'institution, la survenue d'évènements oblige les soignants à inventer une prise en charge adaptée. Cela leur donne une liberté d'action et augmente leurs compétences. L'intérêt reste consacré aux patients. Rien ne perturbe ce fonctionnement. Au contraire, l'arrivée de nouveaux est vécue comme un enrichissement. L'institution se caractérise donc par une organisation symbolique qui permet à quelqu'un de succéder à quelqu'un d'autre. Elle se fonde sur une circularité des deux logiques car les infirmières oeuvrant sous le fonctionnement d'une logique enrichissent leurs compétences grâce au fonctionnement sous la seconde. Dans une institution, la logique institutionnelle devrait toujours être plus importante que la logique d'établissement.

Une modélisation schématise les articulations.

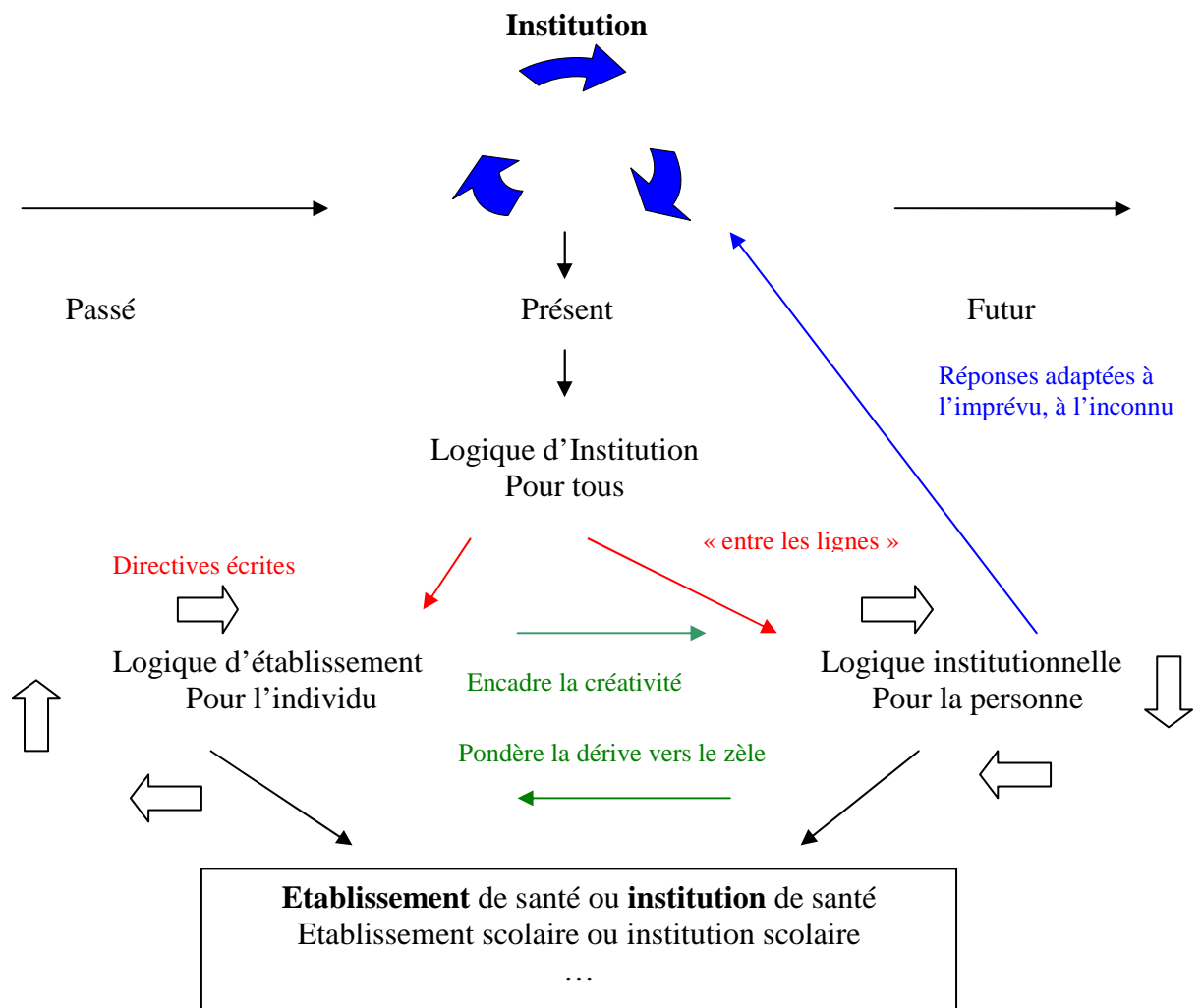


Figure n°1 Les articulations des trois logiques

De par l'interchangeabilité des fonctions, la logique d'institution est dans une fonction symbolique. A l'inverse, la logique d'établissement est dans une fonction réelle par son application des directives. Alors, avec sa recherche d'équité pour tous, la logique d'Institution ne serait-elle dans une fonction imaginaire ? L'atrophie de la logique d'institution serait peut-être une piste de réponse au déclin de l'institution de Dubet (2002).

### I. 5. 5. Les services de psychiatrie : le carrefour de deux logiques

Nous savons que juste après la guerre, la psychiatrie a largement contribué à humaniser l'enfermement. D'une Institution œuvrant pour la santé mentale de la population par une logique d'établissement, elle s'est transformée au contact des patients, pour créer l'institutionnel.

#### I. 5. 5. 1. De l'Institution ...

Une Institution a pour mission de prendre en charge la population de son pays dans son domaine de compétence. Citons pour exemples la Santé, l'Education Nationale, le Sénat, l'Assemblée Nationale. Pour cela, cette mission est inscrite dans les textes fondamentaux de la Constitution. Elle ne fabrique rien de matériel. Elle a vocation de prendre soin de la population indéfiniment. Elle garantit cette stabilité sur tout le territoire national. Seules des échéances électorales peuvent entraîner des modifications dans son fonctionnement. Son cadre légal et administratif lui assure sa pérennité de manière démocratique.

Elle organise l'offre de soins dans un système d'économie de la santé. Chaque établissement de soins, public ou privé, est en autogestion financière. Pour cela, elle a calculé une somme d'argent allouée pour une pathologie donnée avec toute la prise en charge associée. Par exemple, elle définit le prix moyen d'une opération de l'appendicite et tous les établissements recevront cette somme par opération effectuée. Elle développe une éthique de l'équité dans l'accessibilité des soins pour chaque personne résident sur le sol français. En revanche, ce cadre juridique, indispensable au niveau national, se décline en une rigidité sur le terrain, au plus près de la population. La vision globale sur l'ensemble du pays ne lui permet pas d'envisager des soins adaptés pour une personne. Il n'est pas question, pour elle, d'envisager le cas par cas.

Ainsi, sur le terrain au plus proche de la population, toutes les prises en charge ne peuvent pas être dupliquées à l'identique. Cela mettrait forcément son organisation en péril. Elle admet alors des adaptations locales pour assouplir son fonctionnement. Celles-ci lui permettent en échange de répondre aux besoins du moment et de contribuer ainsi à sa traversée du temps.

#### I. 5. 5. 2. ... à l'institutionnel

En effet, des psychiatres ont souhaité, à la fin des années quarante, modifier les prises en charge de l'époque pour lutter contre l'aliénation. Pour eux, l'humanisation de l'enfermement passe par le fait de redonner une certaine citoyenneté aux patients. Dans leurs hôpitaux, ils mettent en place une association de type loi 1901 donnant une part décisionnelle aux patients pour l'organisation de leurs loisirs et de leur quotidien. Dans ce cadre, l'« ouverture » des murs favorise, à l'intérieur, une organisation de la vie quotidienne très proche de celle de la population. Les soignants et les soignés développent alors une force de propositions créatives impulsant un dynamisme. Chaque lieu de soins

propose une organisation de la quotidienneté qui lui est propre. Ce fonctionnement fait institution dans le sens :

- où il s'applique à toutes les personnes impliquées dans l'endroit en question ;
- où il œuvre pour le bien-être des personnes en les impliquant ;
- où il assure sa pérennité en s'adaptant continuellement à son environnement.

L'adjectif institutionnel qualifie alors la mise en place de ce fonctionnement dans un lieu donné et des règles délimitées. Nous le retrouvons en santé mentale, la psychothérapie institutionnelle et dans l'Education Nationale, la pédagogie institutionnelle.

Les services de psychiatrie, gérés par le Ministère de la santé, ont par conséquent une organisation administrative rigide de type logique d'établissement. Mais ils offrent des soins dans une logique institutionnelle pour de meilleures prises en charge. Si la logique d'établissement est la même pour tous les services, en revanche ils institutionnalisent les soins comme ils le veulent.

L'apparition d'une crise élastique, c'est-à-dire violente et imprévisible, chez un patient bouleverse cet équilibre. Les deux logiques sont alors sollicitées.

## **I. 6. La crise : un point de tension entre les deux logiques**

Chaque logique a une approche différente de la crise. La logique d'établissement la traite comme un événement indésirable. Une fois identifiée et répertoriée, une conduite à tenir est alors élaborée pour être appliquée le plus vite possible. Quand un contexte se dessine, il existe également des procédures pour anticiper ou atténuer son apparition. Ces outils sécurisent les infirmiers inexpérimentés car ils peuvent ainsi se mettre en action. Toutefois, l'application systématique d'une réponse formatée occasionne de temps à autres, paradoxalement, un climat ambiant très tendu. Pour un regard, une parole, d'autres crises s'enchaînent. Les outils les plus sécuritaires dans une unité de soins sont généralement l'isolement avec un protocole de sédation du ou des protagonistes. Mais parfois, les patients vivent de façon injuste cette prise en charge car ils l'assimilent à une punition. Leur seule faute est de manifester leur souffrance comme ils peuvent. Un long travail relationnel est à reconstruire avec ce patient mais aussi avec les autres car ils perdent

confiance vis-à-vis de l'équipe soignante. Cette tension latente devient, parfois, plus difficile à gérer que la crise pour les jeunes soignants.

La logique institutionnelle de par le respect mutuel et les activités de médiation traite l'ambiance au sein de l'unité. Elle travaille en prévention de l'arrivée d'une crise. Lorsqu'une tension s'intensifie, chaque patient et soignant tente de l'endiguer par le dialogue, par des propositions de consensus assurant qu'une souffrance est repérée et prise en charge. Chacun fait preuve d'inventivité pour tenter de détourner le patient de sa situation momentanée. Une solidarité s'instaure pour aider le ou les patients en souffrance et le ou les soignants en difficulté. Dans ce fonctionnement, l'apparition d'une crise reste rare. Elle n'est pas redoutée grâce à son mode de gestion.

Toutefois, dans les services de psychiatrie, la logique institutionnelle ne suffit pas à gérer ou apaiser une crise. Tout dépend du poids de la logique d'établissement dans le quotidien de l'unité. L'élaboration de protocoles ainsi que les prescriptions de traitements à utiliser uniquement si besoin sécurise l'ensemble des professionnels. Ils peuvent plus aisément faire preuve d'inventivité, si la logique institutionnelle est bien implantée, car en cas d'échec ils appliqueront ce que l'établissement préconise. En conséquence, il existe deux propositions de réponses à une crise selon la prégnance d'une logique sur l'autre :

- La logique d'établissement est importante, alors les soignants doivent appliquer ce qui est préconisé. Il en va de leur responsabilité.
- La logique institutionnelle est ancrée, ils ont une marge de manœuvre dans leur implication pour apaiser la crise avant d'utiliser les outils du service.

Cela questionne donc de nouveau l'accompagnement des jeunes infirmiers en psychiatrie.

## **I. 7. L'accompagnement dans cette tension ?**

Alors comment peut-on envisager un accompagnement cohérent des jeunes soignants qui tiendrait compte des deux logiques?

L'autonomisation pour les prises en charge des patients oriente l'accompagnement vers la réflexion, l'approfondissement de la clinique, une recherche de sens dans son travail ainsi qu'une élaboration d'une éthique du soin. Cet accompagnement s'inscrit donc parfaitement dans la philosophie de la logique institutionnelle.

En revanche, la logique d'établissement attend de l'accompagnement qu'il permette la production de résultats.

Il est plus facile, pour les centres hospitaliers, d'indiquer des méthodes de travail. Les soignants déplorent alors devenir de plus en plus des exécutants de tâches bien répertoriées. Utiliser de nouvelles compétences ou faire preuve de créativité est difficile dans un tel fonctionnement car il faut agencer l'inconnu – ce qui est nouveau – dans tout ce qui est répertorié pour être tracé, inscrit dans la démarche qualité. Comment prévoir la promotion de la créativité dans une démarche qualité dans une logique d'établissement ?

Nous orientons notre pensée vers un accompagnement ternaire pour tenir compte de l'institution. Il s'agit bien sûr de toute l'équipe avec une personne identifiée plus précisément. La notion d'équipe est importante car elle suppose l'implication des différentes générations de professionnels, débutants inclus.

Le tutorat mis en place ne suffit pas à maintenir les effectifs stables parce qu'il y a peut-être un décalage entre les attentes de chacun :

- le jeune espère devenir autonome rapidement dans la gestion des crises ;
- le tuteur est commandité par l'établissement, pour le rendre opérationnel pour l'ensemble des missions journalières.

En effet, la situation de crise est toujours considérée comme exceptionnelle.

Nous nous retrouvons alors face au problème suivant :

**L'accompagnement des jeunes soignants en psychiatrie s'exerce de plus en plus dans des logiques d'établissement.**

Les jeunes infirmiers, désirant travailler en psychiatrie, risquent d'être leurrés par la prégnance de la logique d'établissement. Certes, la question du sens du soin peut être légitimement posée, mais l'accompagnement des jeunes en est d'autant plus complexifié.

## **II. La problématique d'une stratégie de l'accompagnement**

Notre première recherche s'est conclue sur l'élaboration d'un accompagnement des jeunes soignants en tenant compte du paradoxe de la crise chez un patient psychotique. La poursuite de notre questionnement laisse entrevoir aujourd'hui des interactions entre plusieurs logiques.

Aujourd'hui, notre recherche pour le Master 2 commence par une problématisation de l'approche de l'accompagnement. Un approfondissement de ce concept est nécessaire.

### **II. 1. Rappel sur le concept de prendre soin**

Nous savons l'importance de tenir compte des deux logiques pour une intégration convenable du jeune soignant. Si la mission principale de l'Institution hospitalière est de prendre en charge la santé psychique des résidents sur le territoire, elle a également à prendre soin de son personnel et notamment de ses jeunes professionnels. Il est intéressant de se remémorer l'étude du concept de « prendre soin » dans notre première recherche.

Le philosophe Stiegler (2008) nous alerte sur le fait que la responsabilité parentale et éducative est mise à mal de façon insidieuse par le monde industriel qu'il nomme les psychoindustries. Pour conditionner les enfants dès leur plus jeune âge à consommer, elles n'hésitent pas à utiliser les technologies les plus avancées. Les moyens de communication deviennent alors des *pharmaka* (le remède et le poison à la fois) car ils peuvent apporter autant à l'Homme qu'ils peuvent lui nuire. Aujourd'hui, le monde audiovisuel empêche, de façon consciente, que les enfants développent un sens critique sur le monde qui les entoure, afin qu'ils deviennent des consommateurs passifs.

Le secteur de la santé semble également affecté par la consommation à outrance. Si l'hôpital s'occupe de patients, la médecine privée prend en charge des clients. Les usagers de la santé sont demandeurs de consommations de nouvelles technologies pour améliorer leur image corporelle. Auparavant, elles étaient utilisées uniquement pour de la chirurgie réparatrice. Les soignants appliquent des protocoles au détriment d'une individualisation de la prise en charge. Ce fonctionnement tend insidieusement à réduire l'attention portée à l'autre.



Des dispositifs (Agamben, 2006) peuvent être élaborés pour le bien de l'Homme. Mais, Stiegler (2008) démontre qu'ils sont aussi des *Pharmaka* utilisés pour l'infantiliser afin qu'il consomme sans réfléchir.

Laugier (Molinier, Laugier et Paperman, 2009) est plus optimiste que Stiegler. Elle mentionne des séries télévisées qui suscitent la construction d'une éthique individuelle sur l'attention portée à autrui.

Dans ce même livre, Molinier (Molinier, Laugier et Paperman, 2009) partage avec Stiegler l'idée de l'importance de la responsabilité dans le *care* qu'elle définit par le souci des autres. Elle s'appuie sur l'attention de la mère portée à son enfant pour démontrer la valeur essentielle de la responsabilité. Elle relate un historique du *care* très ancré dans le quotidien. Prendre soin d'autrui était presque l'apanage des femmes. Elle remarque que, grâce au *care*, nous prenons conscience que notre autonomie est relative car elle est dépendante des autres. Elle identifie deux sortes de *care*. Le premier met le bénéficiaire tributaire de l'aidant car il a besoin de sa prestation. Le deuxième, au contraire, assujettit le prestataire car la personne aidée pourrait se passer de son aide.

Par la psychanalyse, Molinier démontre que prendre soin d'autrui a un lien avec le corps et la sexualité. L'enfant découvre les limites de son corps lors des soins de sa mère. Elle le protège de toutes les convoitises fantasmatiques qu'abordent les contes enfantins. Son étude auprès d'aides soignantes témoigne de leur éthique élaborée à partir de la prise en charge du corps. Le geste d'un grand père n'est pas systématiquement perçu de manière malsaine s'il permet son alimentation ou la réalisation de soins. Un débat mérite d'être abordé sur le sens porté par les soignants à ces gestes ou ces attitudes pendant leur accompagnement.

Prendre soin d'autrui nécessite un apprentissage relationnel qu'il est préférable de travailler grâce à un accompagnement. Reprenons maintenant, ce que nous avons étudié sur le concept d'accompagnement.

## II. 2. Retour sur le concept d'accompagnement.

L'ouvrage collectif paru sous la direction de Boutinet (2007) nous a donné une première approche assez large de l'accompagnement. L'auteur repère deux projets dans l'accompagnement : celui pour mener à bien un projet ou une action et celui qui organise cet accompagnement.

L'accompagnement évolue selon le contexte local et temporel dans lequel il se développe. Ainsi, il est en perpétuelle adaptation dans son milieu.

Quatre postures pour l'accompagnateur sont identifiables : la posture d'autorité (au dessus de), la posture contractuelle (être derrière), la posture d'animation (au milieu de) et enfin la posture d'accompagnement (aux côtés de). Ainsi, l'accompagnement nécessite des qualités humaines telles que l'humilité, la patience ou la compassion.

Des dérives peuvent apparaître. Elles se démontrent par la préposition jouxtant le projet : le projet de (respecte le projet de l'accompagné), le projet pour (supplée l'accompagné dans sa défaillance, l'accompagnateur s'approprie le projet et le dirige), le projet sur (niveau au dessus du précédent, l'accompagnateur est directif) et enfin le projet contre (rare, il souligne un conflit entre les personnes). Une dérive importante du projet d'accompagnement est le troisième interdit anthropologique, le parasitage. Une éthique et des règles déontologiques sont indispensables pour lutter contre ces dérives.

L'évolution des carrières professionnelles n'est plus linéaire. Elle occasionne de multiples accompagnements pour s'adapter à la nouvelle fonction dans le meilleur des cas. Mais quand elle débouche sur la disparition d'un métier, elle génère une crise identitaire avec une transmission impossible à quelqu'un d'autre.

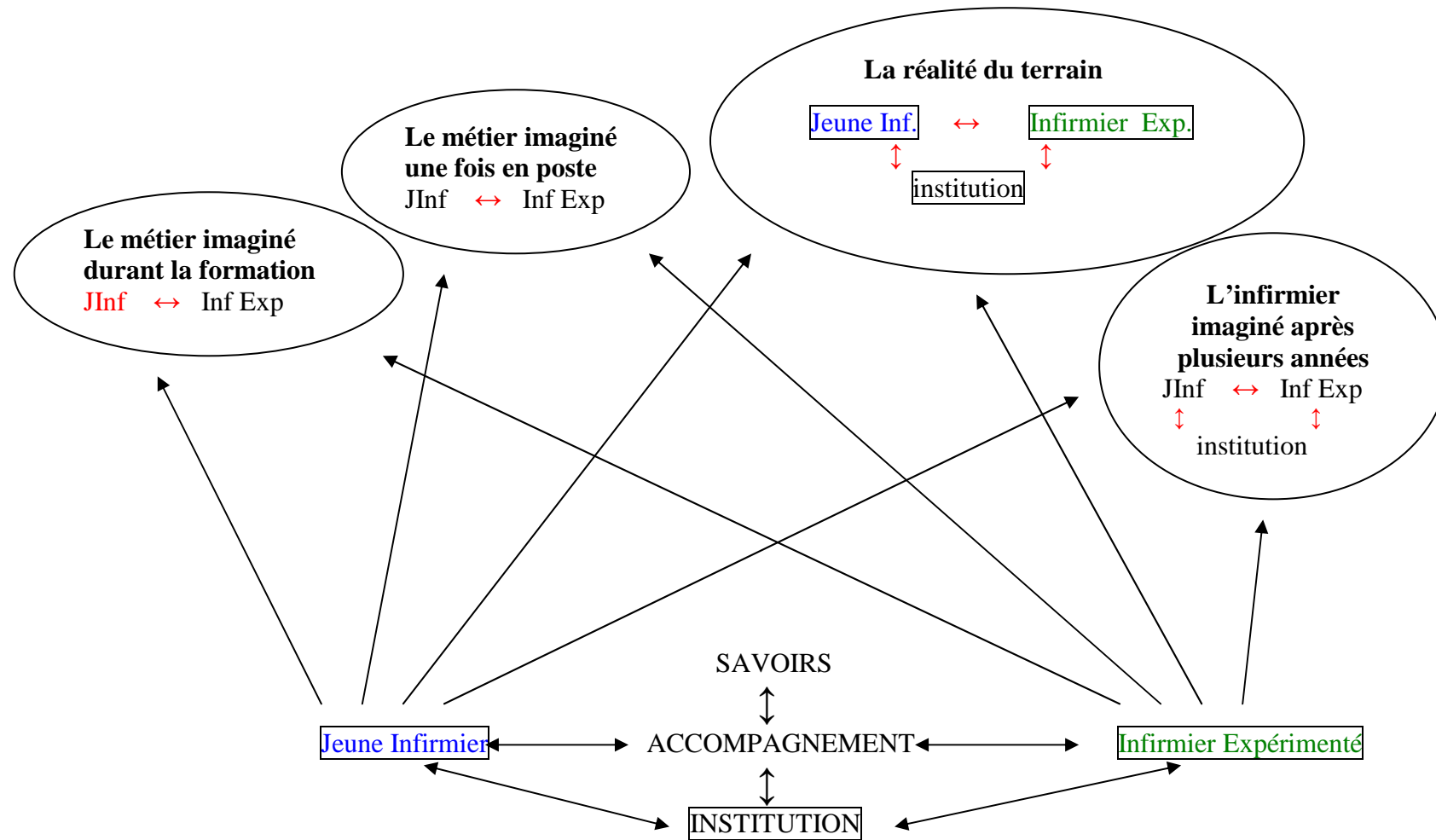
Nous élaborons une première sous hypothèse : **L'accompagnement est alors une réponse conçue comme un système complexe.** Une approche stratégique semble nécessaire.

Il existe bien des écarts entre le métier imaginé avant, pendant et après la formation. La psychanalyse, notamment par la triade de Lacan, met en lumière les différentes représentations du métier que développait l'inexpérimenté en psychiatrie. Dans le miroir, il voit ce qu'il imaginait du métier avant d'entrer à l'IFSI, ce qu'il est aujourd'hui, et ce qu'il s' imagine être demain. Mais, s'ajoute dans le miroir, la vue de son accompagnateur expérimenté avec toutes les réflexions suscitées : *« vais-je réussir à devenir comme lui ? Je ne veux pas devenir comme ça ! ... »*.

Il en est de même du côté de l'accompagnateur. Dans le miroir, il se revoit débutant, ce qu'il est devenu, satisfait ou aigri. Il peut alors élaborer son propre projet *pour* le bien du nouvel arrivant.

Toutefois, il est confronté parfois avec ce qui est invisible dans le miroir : le Réel de la folie, c'est-à-dire les situations de crise. Leurs vécus sont alors paradoxalement sources d'investissement ou déclencheur de leur volonté de partir. Tous reconnaissent l'importance de la présence d'infirmiers expérimentés dans ces situations. L'accompagnement semble un levier pour aider les nouveaux arrivants à s'investir en psychiatrie. Apparaît alors, au côté du jeune infirmier devant le miroir, cet accompagnateur qui peut se revoir, lui aussi, dans les différentes étapes de sa vie professionnelle. Les images dans le miroir en sont démultipliées.

Figure n° 2 Modélisation de l'accompagnement en psychiatrie : le crible du miroir



↔ lien chargé d'affect (s) ; ○ image perçue dans le miroir ; ↔ interaction entre le jeune infirmier, l'expérimenté et l'institution ;  
 ↑ enrichissement mutuel grâce à l'accompagnement ; ↗ direction du regard ; [Jeune inf.] [Inf. exp.] [Institution] éléments tels qu'ils sont aujourd'hui

## **II. 3. L'accompagnement : un système complexe**

La superposition des images de l'accompagné et de son accompagnateur génère de nombreuses interactions, sources d'émotions et d'attitudes allant de l'enthousiasme, de l'espérance, du plaisir, du désir, du doute, du regret, de la colère, de l'aigreur, de la résignation, de la résistance...

L'accompagnement qui tend à rendre plus compétent, est défini par Boutinet (2007) comme l'accompagnement-visée. Il explique les différentes postures du projet d'accompagnement. Elles sont élaborées par le jeune et l'expérimenté selon le contexte et les objectifs de chacun. L'accompagnement s'organise alors à l'intérieur d'un système (Rosnay de, 1975), l'hôpital où tous les éléments, micro et macro, interagissent entre eux de manière à définir sa vocation. Dans tout système, il y a réciprocité entre l'ensemble et les éléments qui le constituent.

L'accompagnement se construira alternativement dans un système fermé quand les interactions entre les différentes images agiront lors de la contractualisation de l'accompagnement ; dans un système ouvert quand le jeune infirmier évoquera une situation, alors de nouveau il pourra y avoir des interactions entre toutes les images.

Nous retrouvons les jeux d'acteur décrit par Crozier (1977, p.45). L'acteur s'investit dans un projet collectif en déployant une stratégie car : « c'est un agent ... capable de calcul et de manipulation, ...s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires ».

Il avertit de l'imprévisibilité de la conduite humaine car elle est liée à la saisie des opportunités. Cela complexifie considérablement l'approche de l'accompagnement car nous ne maîtrisons pas la multiplicité des interactions ni leurs incidences. En effet, dans un système complexe, le nombre incalculable de rapports entre les éléments génère de l'incertitude. En revanche, un système compliqué se définit par le fait que les constituants sont dénombrables, tout résultat est alors prédictible.

Cette complexité est définie par Lemoigne (1990, p. 3) comme l'émergence de quelque chose d'imprévisible et de nouveau. L'accompagnement, défini ainsi comme un système complexe, nécessite alors une approche stratégique pour sa mise en place.

### **II. 3. 1. Une approche stratégique pour construire l'accompagnement**

Historiquement, le terme stratégie provient du combat. Il désigne l'art de coordonner des forces militaires pour régler un conflit. Elle impose une vision surplombante pour élaborer une organisation. Elle est de la compétence partagée du Gouvernement et du Haut Commandement des Armées. Ce serait paradoxal alors d'utiliser la stratégie pour aider une personne. Heureusement, elle se décline de deux autres manières :

- La science et l'art de coordonner habilement des forces et des ressources (économiques, humaines, ...) pour atteindre le but fixé ;
- L'élaboration d'une action tenant compte de forces, de faiblesses et d'incertitudes.

Cette dernière définition s'applique, par exemple, dans la théorie des jeux où la difficulté réside dans l'intégration de l'incertitude dans les situations rencontrées. L'élaboration de l'accompagnement des jeunes en psychiatrie s'appuie sur ces deux dernières définitions.

### **II. 3. 2. Leurre du tutorat en psychiatrie**

La stratégie ne peut pas être un programme car celui-ci peut être perturbé par l'incertitude générée par la situation sur le terrain. Nous sommes souvent confrontés à de l'inédit qui nous oblige à agir dans l'action. Il est alors difficile, pour une recherche d'efficacité, d'anticiper des situations.

Ce sont peut-être les limites du tutorat en psychiatrie où l'infirmier expérimenté se servait de son expérience pour susciter la réflexivité du jeune infirmier dans une situation donnée. Certes, l'histoire nous apprend beaucoup de choses. Mais le piège est alors de reproduire ce que nous savons faire au lieu de faire ce qu'il faudrait faire. Il est alors difficile, pour un jeune soignant, de s'approprier une expérience d'un tuteur et d'agir différemment selon la situation dans un nouveau contexte.

Le tutorat est censé tenir compte des deux profils complémentaires dans la stratégie : le stratège, celui qui agit et le stratégiste, le penseur. Mais les qualités du premier n'impliquent pas forcément celles du second car des compétences différentes sont en jeu. Celles élaborées par le stratégiste ne coïncident pas toujours avec celles du stratège. Il semble alors plus pertinent d'avoir une vision surplombante de cet accompagnement tutoral qui prendrait en considération le contexte en constante évolution comme nous l'avons repéré.

### **II. 3. 3. Intégrer la nouveauté comme une valeur**

La psychiatrie a considérablement changé depuis une trentaine d'années. Mais ses soignants ont peut-être difficilement évolué à la même vitesse. Regrettant un passé plus humaniste, les « vieux » infirmiers ne sont pas, en général, solidaires avec les nouvelles politiques sanitaires concernant la psychiatrie. Cela s'en ressent au niveau du tutorat. Les tutorés reconnaissent apprendre davantage en partageant les situations de crise avec leurs collègues expérimentés plutôt que lors d'un partage d'un temps réflexif. Vivre une situation de crise, c'est se confronter à l'incertitude de son déroulement. Les jeunes infirmiers sont peut-être plus rapides à s'adapter à la nouveauté et à l'inconnu. Ils reconnaissent néanmoins avoir besoin d'aide au moment de la crise. Ils ont conscience de leurs manques et ont soif d'apprendre en se confrontant à la réalité de terrain. Cela rejoint la « pensée complexe » de Morin qui défend l'idée d'intégrer l'incertitude dans la pensée. Les jeunes infirmiers ne savent absolument pas comment va se terminer une crise d'un patient psychotique. Les soignants expérimentés peuvent anticiper quelques scénarios de déroulements. Mais, il existe toujours une part d'imprévisibilité chez le patient et surtout dans la réaction des autres patients. Acquérir de l'expérience, c'est prendre conscience de l'incertitude des réactions des patients en souffrance. La maîtrise de l'action dans ces situations n'est qu'éphémère car le contexte de l'institution dans lequel elle agit est en constante évolution. Il devient alors nécessaire de prendre en considération le contexte institutionnel dans l'accompagnement du jeune soignant.

### **II. 3. 4. L'accompagnement ternaire : l'importance de l'institution**

L'autonomisation du jeune infirmier ne repose alors plus seulement sur l'aide d'un soignant plus expérimenté. L'institution interfère dans les interactions entre l'accompagné et son accompagnateur. Elle impose ses exigences notamment dans le domaine législatif et dans l'utilisation de nouvelles techniques de prises en charge. Il semble intéressant d'approfondir l'intérêt de l'institution à intervenir dans l'accompagnement. En effet, comme l'écrit Dubet (2002), l'institution se porte mal. Il y aurait donc un intérêt à ce qu'elle soit soignée parallèlement à l'autonomisation des jeunes. Serait-ce le nouvel enjeu de l'accompagnement ?

En effet, l'institution hospitalière, comme bien d'autres d'ailleurs, est constituée de nombreux jeux d'acteurs assurant leurs marges de manœuvre. Ces jeux peuvent parasiter l'évolution de l'institution qui va s'efforcer de lutter, en échange, contre leurs proliférations. Il se déploie alors à l'intérieur de l'institution, un ensemble de jeux

asymétriques permettant à chacun de maintenir un rôle important. Cette zone d'incertitude dans les relations humaines décrite par Crozier se rapproche du concept d'asymétrie de Metz. L'imprévisibilité de la réaction de l'autre gêne la possibilité d'agir. La construction d'un projet d'accompagnement dans cette complexité semble compromettre son aboutissement.

### **II. 3. 5. Une pensée stratégique du gagnant/gagnant/gagnant**

Une réponse par la symétrisation, c'est-à-dire en créant d'autres incertitudes, bloquerait évidemment toutes situations d'accompagnement. Trop d'incertitudes entre les soignants et l'institution nuiraient à l'autonomisation du jeune soignant ne sachant plus à qui se référer. La dissymétrie, comme par exemple la prolifération de protocoles ou de conduites à tenir, tend plutôt à rigidifier l'organisation mais ne donne des réponses qu'à des situations connues. L'incertitude n'est pas forcément prise en compte.

Il semble intéressant d'explorer une réponse par une autre asymétrie. Ainsi, une deuxième sous hypothèse apparaît : **favoriser la créativité des jeunes soignants.**

Tous y gagneraient :

- Le jeune d'abord, faire preuve de créativité dans une situation permet de moins subir, mais au contraire d'augmenter sa capacité d'agir, sa confiance en soi et lui donner ainsi l'envie de s'investir ;
- Le soignant expérimenté également, car il est nécessaire que la créativité du jeune se fasse à bon escient. Il sera utile pour orienter cette créativité au service du soin porté au(x) patient(s). Il pourra même se l'approprier pour faciliter ses prises en charge.
- L'institution enfin où l'investissement de ses soignants contribue à réduire la fuite de son personnel. D'autre part, toutes ces créativités suscitées favorisent son évolution en combattant la chronicité.

L'accompagnement du jeune soignant nécessite une approche stratégique car il s'organise dans un système complexe où interfère l'institution. Les interactions maintiennent l'imprévisibilité des jeux d'acteurs. Dans cette incertitude, se pose la question de savoir sur qui ou sur quoi reposent les responsabilités de l'accompagnement.



## **II. 4. L'accompagnement : une responsabilité plurielle**

### **II. 4. 1. Un peu d'histoire...**

Boutinet (2011, p. 9-21) explique que la notion de responsabilité a évolué au fur et à mesure du temps. Nous sommes passés d'une culture axée sur la curiosité à une culture de réponses.

Le droit latin introduisait la notion de garantie : *sponsor* signifie être garant et *responsor* veut dire ne pas faillir vis-à-vis de l'autre. De là se déclinent les courants de pensée sur le prendre soin de l'autre.

Vers la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, la responsabilité vient pallier la défaillance de l'autorité du roi et de la religion. Elle impose que l'individu réponde de ses actes, de ses actions menées.

Aujourd'hui, nous assistons à une extension du champ de la responsabilité. Nous devons répondre des actes commis dans le passé et dans le présent. Celui-ci ayant une influence sur l'avenir, nous avons à répondre aussi de cet avenir.

### **II. 4. 2. Des responsabilités divergentes**

D'abord, la notion de responsabilité est souvent en lien avec celle d'être adulte. Définir cette dernière est compliqué donc multiple. Son étymologie latine est *adultus* (qui a cessé de croître) qui est le participe passé de *adoleo* (croissance) alors que *adolescens* signifie en croissance.

Pour Stiegler (2008, p. 15), c'est la responsabilité qui définit l'adulte. Il fait le lien entre responsabilité et intelligence humaine tant au niveau psychique que social.

Boutinet (2011, p. 13) différencie la responsabilité que chacun a à porter à l'autre et celle de répondre d'un acte commis même si la conséquence n'était pas voulue. Ces deux registres se combinent soit avec l'assomption de l'individu, c'est-à-dire qu'il assume ce qu'il fait, soit avec l'imputation du collectif qui lui impose de répondre de ses actes. Cela rejoint les deux dimensions de l'intelligence humaine de Stiegler.

Pour illustrer ces différents niveaux de responsabilité, nous pouvons prendre l'exemple d'une adolescente mineure responsable de sa sexualité en prenant la « pilule du lendemain » sans en répondre à ses parents, alors que cette même personne âgée de plus de 20 ans, donc majeure, ne pourra pas obtenir un prêt si elle n'est pas solvable sans l'engagement de la responsabilité de ses parents. De même, nous ne tarirons pas sur des

exemples montrant les différences entre la responsabilité civile concernant les risques et la responsabilité pénale pour les fautes.

#### **II. 4. 3. Le paradoxe chez le professionnel débutant**

Le diplôme, obtenu par le jeune infirmier, lui impute la responsabilité de ses champs d'actions et donc de ses compétences. Inversement, ce diplôme le garantit sur les actes professionnels exercés dans ces champs d'actions. En clair, un jeune infirmier est responsable de ne pas avoir accompli ce qu'il aurait dû faire dans une situation donnée. En revanche, il n'aura aucune responsabilité d'actes exercés convenablement mais dépourvus de résultat positif. Faut-il encore savoir ce qu'il faut faire.

En effet, en psychiatrie, prendre en charge une agitation chez une personne psychotique ne s'apprend pas seulement dans la théorie. De plus, peu d'étudiants y ont été confrontés lors de leurs stages. Dans cette situation, bien souvent les nouveaux infirmiers se sentent démunis et improvisent car ils n'ont pas suffisamment de compétences. Se pose alors la question de qui porte la responsabilité des conséquences :

- L'institut de formation ou le contenu de la formation pour leur incapacité à prévoir de façon exhaustive toutes les situations ?
- L'établissement, le service ou l'unité de soins pour ne pas anticiper la situation ou l'organisation du planning ?
- L'équipe ou les collègues pour ne pas être intervenu plus tôt ?
- Le jeune infirmier pour n'avoir pas su faire le bon choix dans sa réponse ?

En reprenant l'étymologie du mot responsable, ne pas faillir vis-à-vis de l'autre, soulève le problème de l'inexpérience des jeunes infirmiers en psychiatrie. Des dispositifs comme le tutorat en psychiatrie ont été mis en place. Paradoxalement, cela n'a pas divisé la responsabilité mais l'a plutôt démultipliée :

- En ce qui concerne le service pour les moyens mis à disposition ;
- Le tuteur pour son accompagnement et sa disponibilité ;
- Enfin, le tutoré garde la même responsabilité vis-à-vis de ses actes.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de clarifier la responsabilité de l'inexpérience des nouveaux arrivants en psychiatrie. Puis, comme le souligne Heslon (2011, p. 147-157), une formation sur l'accompagnement délimitera les responsabilités à assumer (fonction soignante) et celles à endosser (le tutorat, l'accompagnement) par chacun y compris le formateur en répondant aux questions « de quoi, de qui, devant qui » dans le domaine de la responsabilité d'autrui.

Cependant, l'intérêt de tous (patients, soignants inexpérimentés et expérimentés, l'institution) réside dans l'anticipation d'une situation de crise et de sa gestion. Pourtant, chacun évolue selon des rythmes différents. Leur rencontre semble difficile. Alors en ce qui concerne l'organisation de l'accompagnement...

## **II. 5. L'accompagnement : une temporalité multiple**

Paradoxalement, la responsabilisation accrue de notre avenir nous oblige à nous concentrer sur le temps présent. Travailler sur le court, le moyen ou le long terme n'est plus d'actualité tant la recherche de résultats immédiats occupe notre quotidien.

### **II. 5. 1. L'hôpital, une entreprise à plusieurs vitesses**

L'hôpital aussi a été aspiré dans cette accélération du temps. Il fonctionnait, il y a encore une décennie, par un contrat d'objectifs et de moyens signé pour une durée de cinq ans. Aujourd'hui, toute l'organisation hospitalière est centrée sur son activité économique. Les projets hospitaliers dépendent dorénavant de l'activité des années précédentes.

L'activité économique de l'hôpital repose donc sur les médecins par le choix du diagnostic, le délai de son inscription et la durée de l'hospitalisation.

Le patient veut et a le droit de connaître le nom de sa maladie le plus rapidement possible. Cependant, certains diagnostics ne peuvent pas être posés dans l'urgence. Pour des pathologies psychotiques, nous parlons de processus diagnostic nécessitant d'attendre parfois jusqu'à un an pour observer l'évolution des troubles.

Les soignants se retrouvent alors à la croisée de ces différents rythmes.

### **II. 5. 2. Les temps des soignants**

Les soignants expérimentés subissent ce changement. Ils ont quelques difficultés d'adaptation. Ils ont le sentiment de ne plus faire le même métier aujourd'hui trop axé sur la traçabilité les éloignant de plus en plus du patient. Leur expérience permet de prioriser leurs actes et ainsi d'éviter toute précipitation. Ils ont le passé comme référence. Néanmoins, ils sont confrontés à une nouvelle urgence, administrative celle-ci.

Les nouveaux, n'ayant pas vécu d'autre référence en matière de prise en charge, appréhendent plutôt les situations imprévisibles. Ils sont en quête d'apprentissage par leurs aînés pour accélérer leur autonomie. Ils utilisent leur faculté d'adaptation rapide lorsqu'ils

veulent s'intégrer dans un service ou dans une unité de soins. Ils ne s'engagent que dans le présent.

Une troisième génération se dessine. Ce sont des soignants de cinq à dix ans d'ancienneté. Devenus autonomes, ils utilisent leur force de propositions innovantes pour construire leur projet professionnel. Ils organisent leur futur.

Le challenge des services de psychiatrie est peut-être d'arriver à fabriquer une entité intergénérationnelle. Le mélange obtenu, riche d'expériences différentes, évite la précipitation dans l'action et participe à l'explication des situations de crise.

## **II. 6. L'accompagnement : l'alternance entre l'action et la réflexion**

Travailler en santé mentale est un des métiers « impossibles » de Freud car la réussite n'est jamais vraiment atteinte. Alors l'article de Cornu (2000, p. 117-128) à ce sujet prend une résonance particulière.

### **II. 6. 1. L'action sur des objets**

Aspirés par la vitesse de l'agir en psychiatrie - qui n'a rien à voir avec une urgence psychiatrique - les soignants sont en souffrance car ils ont le sentiment de s'éloigner de leurs missions. Avec la gestion financière des hôpitaux aujourd'hui, les soignants sont considérés comme des objets s'activant au regard d'une nomenclature référencée financièrement. Ces mêmes soignants sont alors contraints d'agir sur des patients objets pour produire une activité financière. Paradoxalement, plus on a légiféré pour donner une place de sujet au patient, plus on lui en attribue une réduite à celle d'objet de production.

### **II. 6. 2. L'action entre sujets**

Il est néanmoins certain que les soignants gardent une empathie envers les patients. Ce qui pose problème pour les jeunes soignants, c'est l'articulation de la réalité du terrain notamment les tâches à effectuer avec la volonté initiale de prendre soin d'une personne. Le vécu d'une situation de crise est très important car soit il déclenche la décision de partir, soit il renforce l'investissement. Dans ce cas, les soignants inexpérimentés font l'épreuve d'une prise de responsabilité avec ses gestes et ses conséquences. Nous sommes dans le champ de la Raison sensible décrit par Denoyel (2007, p. 151). La situation de crise oblige l'inexpérimenté à prendre des décisions, à agir pour le patient dans « l'articulation du travail réel / travail prescrit ». Le jeune est dans l'abduction en utilisant sa créativité. La

réussite d'avoir apaisé un patient dans une situation délicate est d'autant plus valorisante si l'inexpérimenté en partage le récit en équipe. Celle-ci lui évite alors de faire l'erreur de reproduire une action identique dans un contexte différent.

Tout ce travail, lors des réunions d'équipe dans les services de psychiatrie, se rapproche de la Raison expérientielle. Par la suite, ce jeune utilisera des compétences acquises. Nous serons alors dans le champ de la Raison formelle.

Toutefois, force est de constater que ce travail de réflexion se fait à minima. Les exigences de la réalité des services réduisent considérablement ce temps de réflexion. Un retour à la sémiologie et à la théorie de la psychiatrie fait actuellement cruellement défaut. L'ensemble des soignants, expérimentés ou non, passe, le plus souvent, de la Raison sensible directement à la Raison formelle. C'est une explication à la perte de sens du travail soignant.

### **II. 6. 3. Un accompagnement réflexif**

Réinstaurer l'apport théorique dans le quotidien du travail dans les services de psychiatrie reste un challenge selon les contextes. Depuis 2005, il existe bien un tutorat en psychiatrie pour les nouveaux soignants. Mais il a été conçu sur la transmission de l'expérience des anciens. Les jeunes restent encore en difficulté car les contextes ne sont plus les mêmes.

Il est nécessaire d'œuvrer pour organiser des temps de rencontres entre jeunes et moins jeunes pour échanger sur des vécus d'expériences. Le retour à la théorie évite les dérives de fonctionnement. Par ailleurs, le repérage collectif du contexte aide à adapter la prise en charge des soignants. C'est l'occasion de clarifier les différences entre les règles du métier et la réglementation au niveau de l'institution. L'enjeu est que, le soignant d'un côté et l'équipe de l'autre, tous se posent les questions : « et si on se trompait dans notre prise en charge ? Et pourquoi ? ».

Mettre en place un accompagnement dans l'alternance du terrain et de la réflexivité nécessite l'utilisation de plusieurs styles ou de postures pour l'accompagnateur.

Nous nous retrouvons face à un nouveau problème :

**La situation de crise vient complexifier l'accompagnement des jeunes soignants en psychiatrie, dans une logique d'établissement de plus en plus prégnante.**

A ce stade de notre recherche, nous formulons une première hypothèse :

**La fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie est facilitée par un accompagnement intergénérationnel et réflexif utilisant de suite leur créativité dans un fonctionnement de logique institutionnelle.**

L'accompagnement doit donc s'adapter aux situations rencontrées par les jeunes soignants, notamment lors des situations de crise. Un approfondissement du concept d'accompagnement devient nécessaire pour repérer les différentes postures sollicitées par l'accompagnateur.

### **III. Nouvel approfondissement : Trois figures de l'accompagnement**

#### **III. 1. Un approfondissement de l'accompagnement**

Poser un focus sur l'accompagnement nous emmène bien au-delà d'une conception de projets mutualisés vus précédemment. Il nous intéresse maintenant d'identifier les différentes postures pour cerner les plus adéquates afin d'aider les jeunes infirmiers dans les situations de crises. Nous trouvons des éléments de réponses dans l'ouvrage de Paul (2004) sur les postures professionnelles de l'accompagnement. Elle en recense d'abord une typologie variée. Puis elle décrit trois sens au verbe accompagner. Enfin, elle s'appuie sur la mythologie pour relater la sémiologie de l'accompagnement. Nous terminons par le lien entre *L'Odyssée* d'Homère et l'affrontement des crises clastiques vécu par les jeunes infirmiers.

##### **III. 1. 1. L'accompagnement tout au long de la vie**

Paul pose en préambule que chacun est acteur de sa formation. Celle-ci commence par l'analyse ou une réflexivité de ses propres actions. Ainsi, dans l'accompagnement, tous les protagonistes sont en formation. Elle insiste sur la réciprocité des places. L'accompagnateur fait preuve de créativité afin de proposer une pluralité de styles de postures parmi lesquels l'accompagné choisit ce qui lui convient. C'est en cela que

l'accompagné enrichit, forme l'accompagnant. Elle s'appuie sur Honoré (Paul, 2004, p. 13) qui ne conçoit pas la formation dans une recherche de compétences à atteindre. La formation est permanente dans le sens où le quotidien et l'environnement enrichissent la personne. L'enjeu consiste à créer les conditions c'est-à-dire la volonté de se donner le temps d'échanger pour être entièrement disposé à l'autre le temps du dialogue. Cela rejoint la symbolique maternelle qui est l'attention portée à l'autre.

Il y a donc deux typologies de liens sociaux. Elle appelle socialité primaire toutes les attaches entre individus dans le quotidien. La socialité secondaire regroupe les liens contractualisés pour remplir des objectifs professionnels. Une fois atteint, le contrat est rompu.

Elle identifie ensuite les différentes pratiques de l'accompagnement dont voici quelques exemples.

### **III. 1. 2. Des typologies variées**

Le **coach** est celui qui aide une personne à approfondir ses compétences pour le développement de l'entreprise. Il n'apporte aucun savoir car il est convaincu que la personne dont il s'occupe possède déjà toutes les compétences nécessaires. Il travaille surtout sur la confiance donnée au coaché. L'entreprise est associée au coaching par son financement.

Le **counseling** se rapproche de la relation d'aide par l'importance donnée à la qualité des échanges entre les deux personnes. Le problème à traiter n'est que secondaire. Le *counseling* tient compte de la sphère personnelle. Une situation compliquée au travail est potentialisée par toute la singularité de la personne. L'accompagnement professionnel est imprégné par conséquent de l'aspect psychologique et social. Le *counseling* s'attache à organiser des temps de rencontres pour construire l'accompagnement. Il est lui aussi parasité par l'urgence et la performance à atteindre. Néanmoins, le conseiller reste convaincu qu'on peut faire confiance à l'homme, qu'il a tout pour progresser lui-même à condition de le mettre en situation favorable, c'est-à-dire dans une relation authentique, respectueuse et empathique. Le *counseling* est basée sur une approche philosophique par la considération de la singularité de l'homme, psychologique dans son ancrage dans les théories du développement de l'homme et sociologique par sa socialisation dans son environnement.

Le **tutorat** est lié à la formation en alternance. C'est un apprentissage en situation de travail. Il se situe à l'intersection des champs éducatif et productif. L'accent est mis sur son organisation. Il vise à former l'apprenant et à l'intégrer sur le lieu de travail. De façon réciproque, le tutorat transforme l'entreprise comme lieu d'enseignement et son dispositif comme moyen d'intégration. Le tuteur cherche l'émergence d'une implication de la part du tuteuré. D'une relation hiérarchisée au début, le tutorat devient au fil du temps une relation entre pairs. Si le tutorat participe à l'intégration dans l'entreprise, son rôle formateur est plus complexe. En effet, l'acquisition de compétences sur le lieu du travail s'effectue généralement par la résolution d'un problème. Alors le tuteur déploie plusieurs rôles. Il évalue les capacités du tuteuré à trouver la panne et à la réparer. Il peut développer plusieurs attitudes accompagnantes : le conseiller, faire avec lui, transmettre la réponse, le faire réfléchir... Mais l'entreprise a besoin d'être dépannée. Le tuteur nécessite donc des capacités relationnelles, pédagogiques et organisationnelles afin d'assurer la continuité du travail tout en formant le tuteuré. Il sait se mettre en retrait pour laisser le tuteuré agir. Par ailleurs, il choisit la situation apprenante en fonction des capacités et du niveau de la personne.

Le **mentorat** appuie son accompagnement sur l'expérience : « [...] toutes fonctions qui, sous la figure du « vieux sage », nomment un rôle de passeur : le mentor est homme d'expérience » (Paul, 2004, p. 40).

Il définit clairement la notion intergénérationnelle. Le mentor est un aîné qui, grâce à son expérience, aide une personne plus jeune à passer d'un niveau professionnel à un autre par exemple. C'est donc un accompagnement sur une période de transition qui peut générer une identification au mentor. Le mentorat est un lien sociétal dans le sens où il s'appuie sur « des relations intergénérationnelles et interpersonnelles » (Paul, 2004, p. 42). Il est composé de trois parties :

1. un début, l'entrée se fait par la constitution d'une relation sincère et authentique constituant la mise en confiance ;
2. la période de changement, la phase qui prend le temps de la progression, du passage à une autre compétence, l'asymétrie se rééquilibre ;
3. amorce l'autonomisation et donc la fin de l'accompagnement.



Le mentorat s'appuie sur une subjectivité essentiellement due à la recherche d'identification. Il est nécessaire que le jeune soit dans une dynamique d'interaction intergénérationnelle. Le mentor, lui, doit adopter la bonne posture à chaque phase de l'accompagnement : « Si la multiplicité des fonctions auxquelles il peut avoir à répondre (accueillir, guider, diriger, entraîner...) renvoie à différents rôles (parrain, guide, tuteur, instructeur, répondant, modèle ...), sa fonction essentielle est celle de « passeur intergénérationnel » (Paul, 2004, p. 43).

Cette notion de passage intergénérationnelle profite également aux aînés. Ils partagent des savoirs et des expériences qui leur donnent une place différente. Parmi les pairs, ils ont l'expérience qu'ils partagent par le relationnel apportant ainsi une fonction transitionnelle aux plus jeunes.

Le **Compagnonnage** regroupe des ouvriers d'un même métier constituant ainsi une confrérie. Il a vocation de transmettre un savoir faire et se soutenir entre compagnons de générations différentes avec une appartenance spirituelle. Elle se traduit par l'association des qualités professionnelles avec les qualités humaines. Son organisation est hiérarchisée et les maîtres transmettent un savoir et éduquent en parallèle les élèves. L'accessibilité au niveau supérieur se fait par des rites de passage et s'achève par la réalisation d'une oeuvre. Apprendre le métier va au-delà de la transmission des techniques secrètes. Il y a en parallèle une éducation pour obtenir des qualités humaines. L'esthétique de l'oeuvre est matérielle avec la réalisation du métier et est spirituelle par les qualités humaines développées dans la vie communautaire intergénérationnelle.

L'auteure poursuit en expliquant que le mot accompagnement émet une signification de relations pour aider l'autre dans le soutien ou le partage. L'accompagnement évoque l'idée à la fois :

- d'effacement, de retrait pour l'aidant, il se tient en second par rapport à celui qui a besoin ;
- d'ensemble, malgré la différence de niveau des personnes, il tend à construire une entité ;
- de cheminement, de faire un trajet vers un but commun avec l'idée d'une contractualisation et de progression ;

- de transition, il s'effectue sur un laps de temps ponctuel.

Paul résume alors l'accompagnement comme un ensemble contractualisé, le temps de remédier à une circonstance entre deux ou des personnes de niveaux différents mobilisant une volonté partagée d'actions. Elle s'intéresse maintenant au sens du verbe accompagner.

### III. 1. 3. Accompanyer : une sémantique tri directionnelle

Si le mot accompagnement induit un ensemble en partage, le verbe accompagner signifie l'action d'une personne pour aider celle qui en a besoin. Elle définit donc le verbe ainsi : « [...] se joindre à qqn/pour aller où il va/en même temps que lui » (Paul, 2004, p. 60).

Le verbe implique des relations interactives « *être avec* », synchrones à la temporalité de l'autre « *aller à son rythme* », dans un mouvement géré également par l'autre « *pour aller où il va* ».

L'étymologique du verbe se décompose en trois parties :

1. ac-, provenant de ad exprimant l'idée de direction, de cap à suivre ;
2. com-, signifiant avec dans les sens relationnel, d'une temporalité partagée et de dispositifs ;
3. pagn-, issu de pain désignant le partage de ce qu'on possède avec quelqu'un qui en a besoin.

De là, elle développe toute une sémantique et aboutit à douze synonymes au verbe accompagner. Elle les regroupe en trois catégories sous les verbes *guider*, *escorter* et *conduire* dont elle développe les nuances.

**Guider** : montre le chemin à suivre en prévenant des éventuelles embûches. Il y a donc conjointement l'idée d'une réflexion sur le choix de la décision à prendre pour l'orientation à suivre. Le guide, connaissant le chemin et ses pièges, indique la voie à suivre. Il aide l'autre par son éclairage. Ainsi, guider évoque une orientation de l'inconnu vers le connu, de l'invisible vers le visible. La personne accompagnée peut alors faire un choix après avoir été prévenue.

**Escorter** : d'origine militaire, il indique une protection, une défense face à une éventualité. Il y a un sens de mouvement pour mettre à l'abri et de lutte contre un danger. Escorter implique une dissymétrie dans l'accompagnement. La personne aidée est vulnérable et l'aidant agit sur le problème ou envers le rétablissement de l'aidé.

**Conduire** : introduit l'accompagnement par l'idée de cheminer ensemble. S'y rajoute les deux sens du mot direction. L'accompagnateur dirige, prend la responsabilité du chemin à suivre. Enfin, il y a bien l'idée de mouvement d'un point à un autre. L'accompagné est sous l'influence de son accompagnateur.

Paul identifie que ce qui génère l'accompagnement se caractérise par :

- le risque car on ne maîtrise pas la survenue d'aléas ni la garantie du résultat ;
- le problème qui nécessite la réflexion avant de prendre une décision dont l'évaluation en cours est impossible ;
- la mise à l'épreuve de la décision prise ainsi de soi-même par l'implication personnelle engendrée par la décision.

Alors les actions entreprises lors de l'accompagnement ne sont pas forcément l'exclusivité du verbe (guider, conduire, escorter) associer à celui d'accompagner. Il existe une certaine perméabilité entre les verbes. Ils sont reliés par la notion de « veille » :

Or, en portant l'attention sur les zones « frontalières », on découvre que les trois régions synonymiques d'accompagner sont à la fois distinctes et articulées les unes aux autres par des zones de recoupement : l'idée de surveiller joint conduire à escorter, l'idée d'éveiller relie conduire et guider, l'idée de veiller sur est commune à guider et escorter (Paul, 2004, p. 73).

Cela suppose une alerte constante chez l'accompagnateur. S'il s'engage à être auprès de la personne à aider, il est force de propositions sans rien imposer. Quoiqu'il arrive, il n'abandonne jamais. Son objectif est de contribuer à faire progresser autrui.

Après avoir étudié la sémantique de l'accompagnement, l'auteure s'intéresse à sa sémiologie. Elle en repère l'origine dès la mythologie.

### **III. 1. 4. Une origine mythologique**

Paul remonte à la mythologie pour comprendre la signification de l'accompagnement. Elle n'utilise pas l'étymologie mais plutôt la symbolique véhiculée par le passage d'une épreuve. Grâce au langage, les mythes ont traversé l'histoire et les différentes cultures. La pratique de l'accompagnement figure dans le mythe et dans la philosophie. Dans les propos de l'auteure : « Sauf à devenir purement instrumentale, il y a en effet, pas de pratique sans

mythe ni philosophie qui la fondent et l'éclairent » (2004, p. 163), nous identifions là encore notre opposition de logiques :

- la logique d'établissement dans « Sauf à devenir purement instrumentale [...] »
- la logique institutionnelle dans « [...] pas de pratique sans mythe ni philosophie [...] »

Elle reprend les trois registres définis précédemment (*conduire*, *escorter*, *guider*) pour démontrer leur présence dans la mythologie. Elle associe *conduire* à l'initiation et à la formation et choisit, pour cela, l'*Odyssée* d'Homère. Le second, *escorter*, représente le conseil et l'orientation, et argumente qu'ils sont une dérivée de la maïeutique de Socrate. Enfin pour le dernier, *guider*, elle le relie au thème du soin et de l'aide et se sert, pour cela, de l'histoire d'Hippocrate.

Nous proposons d'étudier les trois modes d'accompagnement repérés dans la mythologie. Nous associons à chacun d'eux une figure et un concept qui le met en perspective : l'initiation d'Ulysse avec la confiance, la maïeutique de Socrate avec une approche linguistique et le mode thérapeutique avec Hippocrate et la pédagogie institutionnelle.

### **III. 2. Ulysse et l'initiation**

Pour analyser l'accompagnement initiatique, l'auteure se réfère à *L'Odyssée* d'Homère. Nous en rappelons brièvement les grandes lignes pour une meilleure compréhension. Nous y associons un texte de la philosophe Cornu sur la confiance émancipatrice.

Du latin *initiatio* le sens de l'adjectif initiatique provient de trois orientations différentes. La première évoque un début, un commencement. Le deuxième indique l'accessibilité à des domaines secrets. Leur approche est réalisée grâce à un initiateur qui donne donc une portée éducative à l'initiation. Enfin, le dernier est issu d'une signification d'un mouvement d'un endroit vers un autre avec un compagnon.

L'intérêt du mythe repose sur le fait qu'il part d'un commencement et que la suite ne lui est pas forcément liée. Entre les deux, la discontinuité est produite par la survenue d'épreuves à surmonter. Le mythe ne nous apprend rien directement mais les symboliques qu'il évoque font écho avec ce que nous vivons au quotidien. C'est en cela qu'il initie.

Il semble pertinent de résumer brièvement l'*Odyssée* d'Homère avant d'étudier les liens qu'en fait Paul avec l'accompagnement.

Pour bien comprendre, nous abordons la généalogie (Christou et Papastamatis, 2002) des dieux grecs. Zeus a pour première femme Métis représentant la sagesse et la ruse. Zeus est averti que le fils de Métis lui prendra sa place. Alors dès qu'elle est enceinte, vraisemblablement déguisée en mouche, Zeus avala Métis. Plus tard, pris d'immenses maux de tête, il demande qu'on lui ouvre la tête avec une hache. Athéna est alors sortie entièrement armée de la tête de Zeus.

### **III. 2. 1. L'*Odyssée***

Homère, poète aveugle, fait le récit du retour d'Ulysse à Ithaque après la guerre de Troie. L'*Odyssée* (Homère, n.d./1931) se compose de vingt quatre chants, articulés en trois parties. Les quatre premiers relatent le voyage de Télémaque. La deuxième partie est consacrée au récit d'Ulysse de ses aventures maritimes à Alcinoos. Enfin, l'*Odyssée* se termine par la reprise d'Ithaque par Ulysse. L'*Odyssée* n'est pas écrite de façon chronologique, il est donc difficile de repérer le parcours exact.

#### **III. 2. 1. 1. Télémaque, à la recherche de son père**

Pénélope, femme d'Ulysse, est harcelée par des prétendants qui veulent tous l'épouser pour devenir le nouveau roi d'Ithaque suite à l'absence depuis vingt ans de son mari (dix ans de guerre à Troie et dix ans d'aventures maritimes pour revenir). Ils se sont installés dans le palais où ils festoient à outrance. Pénélope les repousse continuellement espérant toujours le retour de son mari. Athéna, déesse de la Guerre, de la Ruse, de la Raison, de la Prudence et de la Sagesse, rejoint déguisée en homme, Télémaque, le fils d'Ulysse, pour lui demander de prévenir les Achéens du comportement des prétendants. Elle lui suggère de partir prendre des nouvelles de son père.

#### **III. 2. 1. 2. Le récit d'Ulysse à Alcinoos**

Ulysse met dix ans pour revenir à son royaume d'Ithaque. Il se confronte sans cesse à des épreuves imprévues et inconnues. Il n'a aucune maîtrise des situations auxquelles il doit faire face. Elles sont provoquées par les dieux et donc elles sont inimaginables pour le monde des humains. Il se sert de sa force et de son intelligence pour s'en sortir. La déesse Athéna le suit tout au long de son périple. Elle intervient au dernier moment pour le guider.

Il n'est jamais maître de son destin. Tantôt, il provoque la colère du dieu Poséidon parce qu'il a rendu aveugle le cyclope qui le maintenait prisonnier. Il avait réussi à le duper en lui cachant son vrai nom. Il doit affronter, en conséquence, des vents contraires et une tempête qui le pousse au naufrage. Tantôt, il subit la faiblesse des hommes car son équipage ne résiste pas à la tentation de manger de la viande sacrée. Il trouve du réconfort auprès d'un royaume. Ulysse prend alors conscience de sa renommée. Il ne peut plus décevoir et persiste à vouloir rentrer auprès des siens.

### III. 2. 1. 3. De retour à Ithaque, la vengeance d'Ulysse

Une fois débarqué à Ithaque, il est accueilli par Athéna, déguisée en berger. Elle finit par dévoiler son identité et lui fait reconnaître son île. Elle l'habille en mendiant ce qui va lui permettre de repérer, de façon incognito, ceux qui lui sont restés fidèles. Il leur dévoile son identité et organise sa vengeance.

A son tour, Ulysse met à l'épreuve les prétendants. Habillé en mendiant, il participe avec les prétendants au défi de l'arc dont le gagnant épousera Pénélope et deviendra le nouveau roi d'Ithaque. Il interrompt son fils qui aurait peut-être réussi. Il sort vainqueur et tue tous les prétendants. C'est au tour de Pénélope de vérifier s'il est réellement son mari en lui demandant la particularité de leur lit. Elle reconnaît enfin Ulysse et ils s'enlacent.

### III. 2. 2. L'accompagnement initiatique

Homère nous apprend la transmission d'un code d'honneur. Un aîné enseigne une technicité à son disciple et lui développe une éthique de son utilisation. L'intérêt est d'apprendre à agir de façon pertinente. Mais cette autonomie préserve un sens moral à l'action. Elle ne peut nuire aux autres que pour son profit :

Cette qualité ([...], la vertu), propre à l'homme, par laquelle l'ensemble de ses actions et son comportement contribuent à sa formation en tant qu'individu et citoyen, relève autant du respect des valeurs attachées à la naissance qu'aux qualités liées au respect des devoirs envers ses pairs et la communauté ou à celles favorisant les rapports entre les hommes (Paul, 2004, p. 170).

Paul associe le passage à l'action comme l'épreuve reconnaissant des capacités d'actions les plus appropriées au problème. Cela fonctionne en réciprocité. L'aîné cherche à être à la hauteur de la situation devant le jeune qui, lui, souhaite répondre aux attentes de l'expérimenté. Ainsi, l'aîné assure d'une certaine manière, sa pérennité. L'auteure souligne ainsi que l'initiation est une transmission perpétuelle. L'initié deviendra initiateur.

Elle révèle que le mythe fait émerger tout ce qui concerne l'inconnu. Ulysse veut côtoyer les dieux, tout ce qui est différent de l'être humain. Mais il ne se fourvoie pas et refuse l'immortalité pour revenir auprès de sa femme.

L'initiation a alors deux effets. D'un côté, les épreuves suggèrent un questionnement sur le sens de la vie. De l'autre, elles lui révèlent ce qu'il est devenu avec ses acquisitions. Elles constituent par conséquent, le rite de passage pour accéder à un niveau supérieur. L'initiation comporte trois phases : un état de départ appelé « Séparation », un temps et un espace de transition qualifiés de « Marginalisation » et pour finir l'accessibilité à un autre état correspondant à une « Réintégration ».

L'auteure assimile l'épreuve initiatique à un remaniement psychique (2004, p. 176). La « Séparation » est le temps de l'abandon de tout ce qui est connu voire maîtrisé. Elle compare cette fragilisation extrême à une « *régression fœtale* ». Pour la phase suivante, la « Marginalisation », elle ira jusqu'à exprimer « *la mort symbolique* ». Cela témoigne d'une sensation de vide, de destruction et d'impuissance. Enfin, elle décrit la troisième phase, la « Réintégration », comme une « *résurrection* ». C'est le temps de l'action qui valide des capacités et permet de réintégrer son groupe.

Paul souligne que l'initiation ne peut aucunement être subie. Il y a la notion d'engagement. Elle est motivée par un sentiment d'incomplétude et la motivation d'y remédier. Il s'agit donc de quitter une réalité pour tendre vers un idéal. L'enjeu réside dans la prise de conscience de l'écart entre le résultat obtenu et ce qui était visé. Pour elle, c'est ce qui fait la singularité de chacun : « Paradoxalement, la distanciation s'avère être le prix de la proximité (à soi-même, à l'autre, au monde) » (2004, p. 176).

Toutefois, elle reconnaît l'importance d'un tiers extérieur qui suscite l'initiation et l'oriente dans son cheminement. Son action ne se situe pas dans l'annonce de ce qu'il faut faire. Il intervient pour suggérer d'autres angles de vue sur la situation. Il agit sur l'enrichissement personnel de l'initié.

Paul reprend l'articulation des trois parties de l'Odyssée pour démontrer les trois phases de l'initiation.

Elle commence par le travail de Télémaque pour rechercher son père. Il abandonne le giron maternel pour aller apprendre, par d'autres personnes, l'importance que représente la place de son père. Cette quête lui permet de suivre la voie tracée par son père. Paul explique un changement de filiation pour Télémaque. Au départ, issu des chairs de sa

mère, il est dans une filiation biologique. Puis, s'inscrivant sur les pas de son père, il acquiert ce que symbolise le père, l'art de gouverner en ce qui concerne Télémaque. Il accède alors à une filiation symbolique. En d'autres termes, la « Séparation » va se caractériser par le passage d'un individu particulier vers une personne singulière.

Ensuite, elle se poursuit par les épreuves d'Ulysse, imposées par les dieux. Il n'est pas en guerre contre eux ou contre quelqu'un. A chaque fois, ils lui imposent une situation où il n'a pas de repère. Ils le guident occasionnellement. Il doit faire preuve de stratégie et d'ingéniosité pour surmonter son impuissance. Par exemple, il ne donne pas son nom pour affronter le cyclope ou il se fait attacher au mât à l'approche des sirènes. Il apprend par Tirésias lors de la Descente aux Enfers, que la renommée est une valeur importante pour la poursuite de la filiation. Il construit seul sa singularité en marge des autres (la « Marginalisation »).

Enfin, Ulysse reprend sa place de roi d'Ithaque. Il retrouve son nom grâce au secret (cicatrice reconnue par la nourrice et souvenir du lit nuptial avec Pénélope). L'épreuve de l'arc lui fait reconnaître sa légitimité auprès des prétendants et de sa femme à continuer d'être le roi d'Ithaque (la « Réintégration »).

Paul propose une modélisation du processus d'initiation.

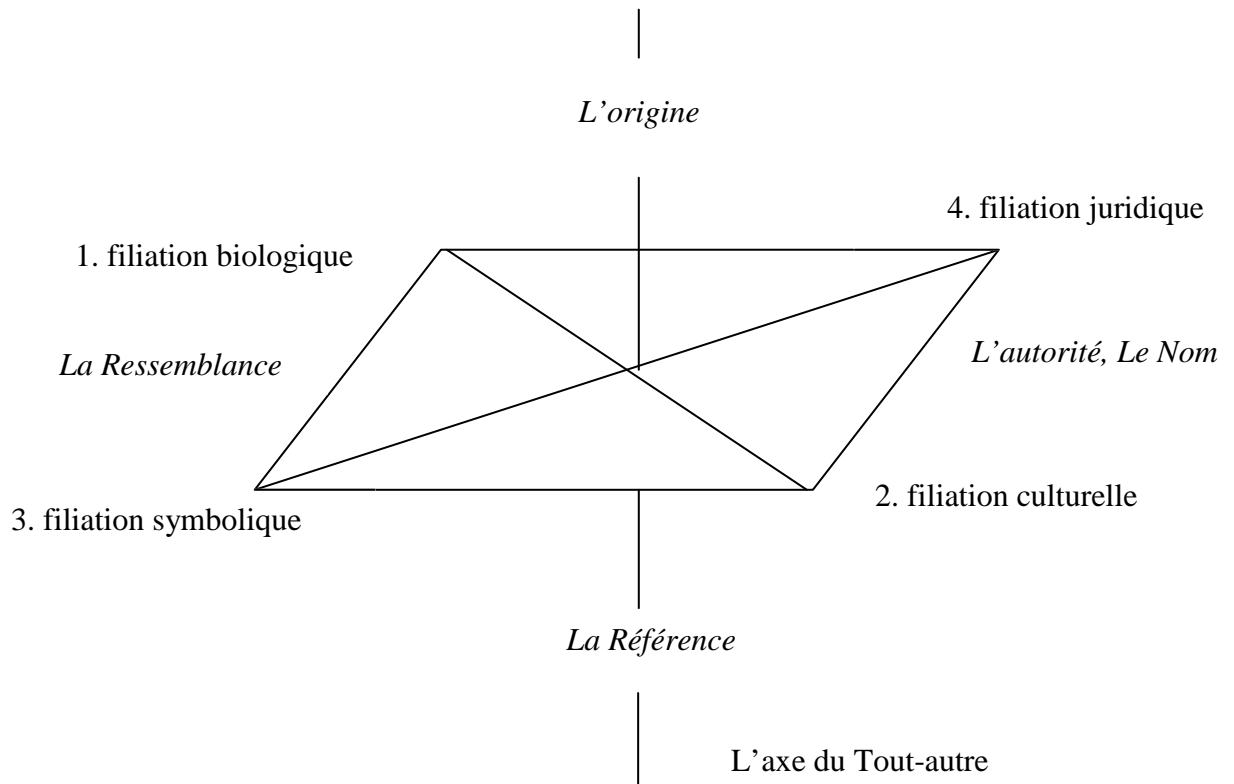


Figure n° 3 Le mode initiatique et les problématiques de filiation (Paul, 2004, p. 180)



L'axe 1 - 2 (filiation biologique – filiation culturelle) correspond à la problématique de l'adolescence. Le jeune recherche des centres d'intérêts au-delà de la cellule familiale. Il prend conscience qu'il peut quitter la sécurité maternelle pour exister ailleurs, protégé de façon différente.

L'axe 3 - 4 : (filiation symbolique – filiation juridique) est le développement de la relation avec les autres en prenant en considération le statut et la fonction de chacun.

Le pôle 1 (filiation biologique) représente tout ce qui sécurise, l'environnement maternel, ce qui est maîtrisé, l'union.

Le pôle 2 (filiation culturelle) symbolise l'inscription dans l'histoire familiale avec ses valeurs et la construction de la socialisation.

Le pôle 3 (filiation symbolique) peut être assimilé à la puberté. L'adolescent prend conscience qu'il peut maintenant devenir père à son tour. Il a donc la responsabilité de construire sa « renommée », c'est-à-dire sa singularité afin de continuer le cycle pour sa pérennisation.

Le pôle 4 (filiation juridique) symbolise la « résurrection ». Le jeune est accepté dans son groupe, dans son environnement. Sa singularité est reconnue et lui assure un statut et un rôle social.

L'auteure attire l'attention sur le fait que l'initiation est un processus circulaire qui tient compte des ancrages personnels pour s'améliorer grâce à l'apport extérieur. Mais, paradoxalement, en même temps, il est nécessaire d'abandonner tout cela pour s'ouvrir à autre chose : « On doit donc apprendre à penser ensemble, pour comprendre l'initiation, filiation et transmission, d'une part et, de l'autre, ruptures et re-naissances » (Paul, 2004, p. 181).

L'enjeu de la filiation se situe alors dans la recherche et la reconnaissance du *Père*. Du père pluriel. En effet, dans le langage courant, il est admis une paternité originelle et une paternité de référence. On distingue le père familial, celui qui élève et éduque, du géniteur qui donne la vie. Mais on évoque aussi un père spirituel pour désigner une inscription à un courant de penser et qui suscite notre créativité. L'auteure explique alors qu'une double médiation intervient dans la relation aux hommes et aux choses. D'un côté, trouver sa place socialement, implique une volonté mutuelle de relation ou une contractualisation et de l'autre, la recherche d'un but à atteindre ou d'une acquisition. La conjonction de ces

deux médiations, le contrat et la propriété, participe à l'institutionnalisation d'un sujet de droit.

Mais cette relation qui institue des « sujets de droit » ne se fait que dans un volontariat de personnes sans lien. Il faut alors puiser dans les interactions familiales pour retrouver la notion de filiation. On appartient à une famille qui est une entité délimitée, sans recours au contrat ni à une quelconque volonté. Cette forme d'inclusion dans un groupe avec le respect de ses règles est ce que Ricœur définit par « communauté éthique » (Paul, 2004, p. 182). Pour lui, appartenir à une famille et reconnaître son père supposent l'acceptation de la place et de la fonction de la mère.

La quête de filiation dans l'initiation implique une temporalité et des espaces différenciés. Le « voyage » à réaliser consiste à abandonner tout repère. C'est un départ délibéré pour l'aventure. Ulysse n'a pas voulu fuir mais aller vers de l'inconnu. Il est maintenant transformé et prêt à tenir son rôle. Ce voyage ou cette expérience fait transition entre ce qu'il était et ce qu'il est devenu. Dorénavant, il peut, clairement identifié, réintégrer sa communauté.

Toutefois, l'épreuve n'a de sens initiatique que si nous acceptons d'expérimenter un chaos intérieur voire une déstructuration psychique. Oublier tous nos repères ouvre sur la nouveauté. Nous perforons alors la limite du dedans et du dehors mais dont il faut s'extraire pour revenir à la réalité. C'est l'expérience du mal-être adolescent : « L'aventure n'est initiatique que parce que ce qui se joue au dehors fait écho au-dedans » (Paul, 2004, p. 183).

S'il y a un aller et un retour pour Ulysse, un dedans et un dehors, il existe donc bien un écart entre les deux éléments associés. La distance de cet interstice est importante car elle ouvre à de l'inattendu et à de l'inconnu. La transition entre les deux s'opère par le chant dans *L'Odyssée* : « Le chant incarne l'espace, la distance, l'écart qu'il y a entre l'homme et le monde, entre l'homme et l'autre homme, et dans l'entre soi de soi-même » (Paul, 2004, p. 184).

En d'autres termes, faire preuve d'ouverture revient à accéder à une compréhension du langage qui nous fait écho. Les paroles entendues peuvent prendre une résonance particulière :

Il a trouvé le lieu d'une parole qui ne se transforme pas en discours sur les choses mais laisse apparaître l'écart entre celui qui parle et ce dont il parle, entre celui qui parle et « ce qui lui parle (Paul, 2004, p. 184).

Paul souligne que la quête de filiation, cette recherche du père, ne signifie pas vouloir prendre sa place. Ulysse a approché les dieux sans être en rivalité et a choisi de rester mortel. Télémaque, dans l'épreuve de l'arc de la troisième partie, écoute son père déguisé encore en mendiant. Il arrête sa participation au jeu car il pouvait réussir et donc prendre sa place. Elle explique « l'irréductibilité de l'écart » avec le père. C'est cette quête du père qui donne, le moment venu, l'accessibilité de devenir soi-même père. Il y a une certaine réciprocité car le père, et la mère aussi, doivent favoriser la recherche de leur fils. La pérennisation de la filiation s'établit alors dans l'intergénérationnel.

Elle évoque également que la quête permet de mieux se connaître. L'impression d'être un étranger nous donne envie de faire notre voyage.

Homère utilise la métaphore de la mer pour désigner le chemin à parcourir, avec ses épreuves contenant sa part d'inconnu et d'imprévisibilité. Ulysse, durant tout son périple, a gardé un lien avec les dieux. Paul fait justement un *lien* sémantique entre les verbes cheminer et lier. Un problème, paraissant pourtant impossible à résoudre, nous oblige néanmoins à trouver une solution :

Il s'avère que se mettre en chemin pour trouver une issue (dénouer) à une situation inextricable (dont il est impossible de démêler les liens) confronte inexorablement au moment où l'on est mis en contact avec des liens impossibles à délier ». Ulysse quand il s'attache au mât pour ne pas entendre les sirènes : « lien vital mais aussi liens qui l'unissent à sa femme et à son fils (Paul, 2004, p. 187).

Sur la mer, le navigateur acquiert de nouvelles capacités quand il est en mesure de répondre à l'imprévu. Il doit faire preuve de ruse, de créativité pour anticiper les paramètres. Il est attentif au repérage du moindre signe. L'intelligence est alors mise au service de l'objectif à atteindre. Cette « intelligence pratique » saisit le bon moment pour agir de façon pertinente. Elle assure une réactivité instantanée.

### **III. 2. 3. *L'Odyssée* du jeune soignant**

Nous retrouvons de grandes similitudes entre *L'Odyssée* d'Homère et l'épreuve subie par un jeune soignant face à une crise clastique.

Dans l'initiation, Paul reconnaît que l'éducation est le croisement d'une technique et d'une éthique. Il en est de même pour la formation d'un jeune en psychiatrie. La technique est dans le champ de la logique d'établissement alors que l'éthique est dans celui de la logique institutionnelle avec le développement des valeurs personnelles. Nous pouvons associer la

naissance biologique du jeune, c'est-à-dire la famille dont il est issu, à la corporation des infirmières de par son diplôme. Sa quête réside alors à la recherche de sa filiation à laquelle il souhaite se rattacher : sa culture professionnelle. En psychiatrie, elle peut s'orienter vers différents courants, de la psychanalyse au cognitivo comportementaliste, sans oublier la phénoménologie et les neurosciences. La reconquête d'Ithaque serait alors la gestion d'une crise en autonomie.

L'expérience d'affronter tout ce qui est inconnu et sans repère consiste pour le novice de partir d'un fonctionnement de logique d'établissement pour aller vers la logique institutionnelle. Quitter un fonctionnement où tout est maîtrisé pour s'engouffrer dans la brèche vers la créativité. Mais, il y a forcément un retour, enrichi, au monde connu ; de la logique institutionnelle vers la logique d'établissement. L'expérience de cet aller-retour augmente à chaque fois ses compétences. De plus, elle lui fait découvrir ce qu'il a construit d'humanité dans son professionnalisme avec les patients. Mais l'expérience de la logique institutionnelle chez un débutant ne peut se faire qu'accompagné. L'initié adhère à l'appartenance professionnelle de l'initiateur (psychanalyse, cognitivo comportementaliste, ...) et celui-ci le choisit également en acceptant l'accompagnement. Toutefois, après une expérience, le jeune peut chercher une autre orientation de soins ou de prise en charge. Cela revient à la recherche de la filiation de Télémaque. La filiation biologique est la formation diplômante d'infirmière et la filiation spirituelle ou culturelle est la filiation de l'orientation professionnelle que nous choisissons.

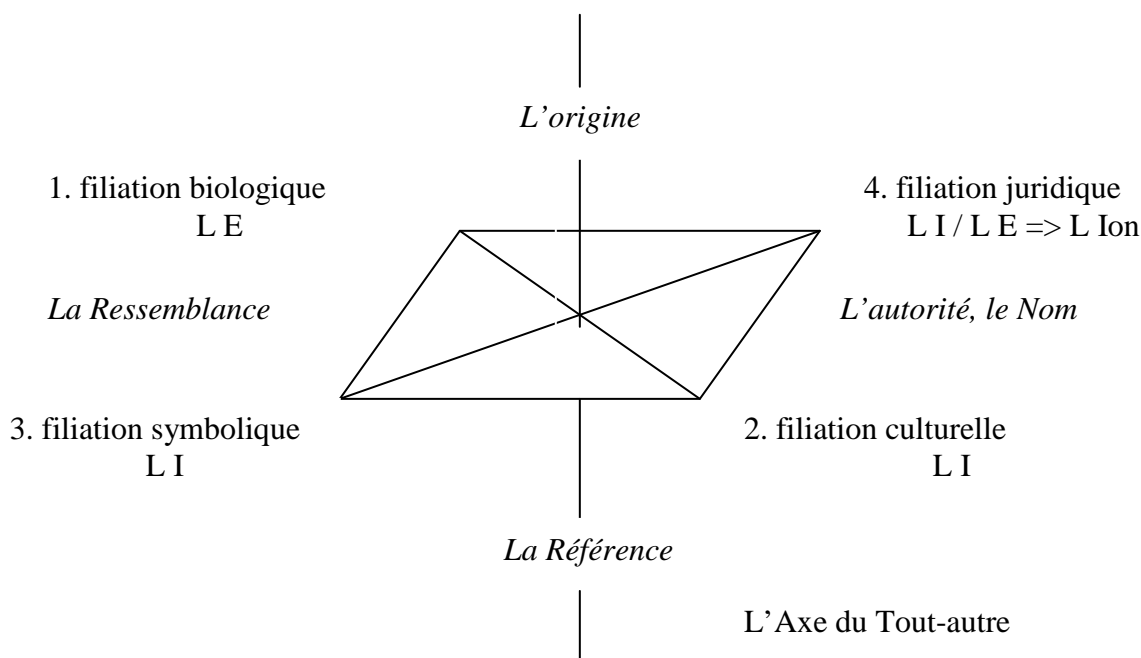
Pour tendre à une initiation, la prise de conscience de son incomplétude est primordiale. Les trois années passées à l'Institut de formation en soins infirmiers ont juste donné la légitimité d'exercer des prescriptions médicales et des soins dans un rôle propre dans des situations établies. L'image est un jeune diplômé maintenant suffisamment mature pour aller rechercher une filiation professionnelle où il deviendra, à son tour, un initiateur adulte reconnu.

Tout est résumé dans l'articulation des trois parties de *L'Odyssée*.

1. Télémaque doit quitter l'environnement maternel pour apprendre à gouverner comme son père. Nous sommes bien dans le passage d'une filiation maternelle protectrice vers une filiation spirituelle ou symbolique. Le novice doit donc rechercher l'infirmier « modèle ». Par cette quête, il construit l'infirmier qu'il sera. Il doit quitter la logique d'établissement protectrice pour trouver la logique institutionnelle où il pourra s'autonomiser.

2. Ulysse ne dévoile pas son nom, par crainte, lors de son affrontement au cyclope. Dans les unités de soins, de nombreux soignants font de même. Malgré l'obligation administrative, bon nombre d'infirmier(e)s ne déclinent pas leur identité. Ils ou elles se présentent ou répondent au téléphone par : « je suis un(e) infirmier(e) » sans dévoiler leur nom. Ils ou elles se cachent ainsi parmi leurs semblables. Nous sommes vraiment dans la logique d'établissement. Ulysse apprend par Tirésias lors de la Descente aux Enfers, que la renommée est une valeur importante. Cette renommée se caractérise par l'histoire du service, de l'unité de soins ou de celle des anciens. L'inscription dans cette histoire introduit la seconde naissance, l'infirmier en devenir.
3. Dans la dernière partie, Ulysse retrouve son nom grâce au secret (cicatrice reconnue par la nourrice et souvenir du lit nuptial avec Pénélope). L'épreuve de la crise (comme celle de l'arc) permet au jeune d'être identifié comme parmi les anciens. Il ne sera plus reconnu par sa blouse (logique d'établissement) ni par l'infirmier semblable aux autres mais par ce qui le différencie, par son intérieur, ce qu'il est, sa personne, c'est-à-dire par son nom de famille ou par son prénom. Il n'est plus l'infirmier, souvent en blouse, mais Jacques ou Pierre suivi de son patronyme (rarement en blouse). Nous sommes dorénavant dans la logique institutionnelle.

Nous pouvons maintenant nous approprier la modélisation de Paul



Légende : L E = logique d'établissement ; L I = Logique institutionnelle ; L Ion = Logique d'Institution

Figure n° 4 Le mode initiatique et les problématiques de filiation en psychiatrie

L'axe 1-2 (filiation biologique – filiation culturelle) symbolise tout ce qui représente la logique d'établissement avec tout ce qui protège. La crise fait rupture avec l'environnement protecteur et leur donne la reconnaissance.

L'axe 3-4 : constitue les échanges avec les pairs, avec les expérimentés et ceux dont la renommée est faite. C'est l'axe du relationnel.

Le pôle 1 symbolise la Logique d'établissement avec toutes les protections qui la caractérise.

Le pôle 2 représente le choix de la filiation de l'orientation professionnelle avec l'intégration des valeurs. Nous sommes passés dans la logique institutionnelle.

Le pôle 3 symbolise l'infirmier en devenir et celui devenu. A ce stade, nous sommes toujours dans la logique institutionnelle.

Le pôle 4 symbolise la reconnaissance par tous de l'infirmier devenu. Il se nomme par son identité et plus par sa fonction. Sa renommée est en cours de construction. Il sait jongler avec les deux logiques. D'un côté, il utilise à bon escient le réglementaire avec ses protocoles. De l'autre, il saisit toutes les opportunités pour faire preuve d'inventivité. Il intègre alors la Logique d'Institution.

L'Axe du Tout-autre correspond au passage de la filiation infirmière « maternelle » statuée par le diplôme à la filiation « paternelle » avec l'orientation professionnelle bien définie.

Concernant l'axe horizontal, de *La Ressemblance* individuelle, sociologique, aux autres infirmiers, il devient la personne nommée, reconnue dont la renommée fait autorité.

Toutefois, si nous considérons la formation diplômante comme la première filiation (figure maternelle) du jeune infirmier, il est néanmoins lié avec elle par un contrat professionnel. L'inscription dans une orientation idéologique, filiation symbolique et figure paternelle, constitue la famille professionnelle. Cela rejoint la reconnaissance de la figure du père de Ricoeur (Paul, 2004, p. 182). Le jeune infirmier, ayant accédé à l'étape de se nommer (identification du père donc reconnaissance de sa singularité), sait parfaitement d'où il vient (filiation infirmière) et respectera ainsi la déontologie de son métier, ses règles et ses valeurs ainsi que les différentes générations au sein de l'équipe ou du service. Il intègre la « communauté éthique » de Ricoeur (Paul, 2004, p. 182). D'initié, il parvient à devenir initiateur à son tour. Il accompagne alors d'autres novices et est reconnu dans cette fonction.

Il reste cependant nécessaire dans l'accompagnement qu'une relation de confiance s'instaure entre l'accompagnateur et le jeune inexpérimenté. Mais qu'englobe réellement une relation de confiance ? Il est alors pertinent de s'intéresser au concept de confiance.

### **III. 2. 4. La confiance : une conjugaison multiforme**

Nous abordons le concept de confiance dans le champ philosophique. Les travaux de Cornu nous éclairent sur l'origine du mot et son retentissement aujourd'hui. C'est un pari sur une action d'autrui... Nous comprenons alors encore mieux les relations envers les jeunes infirmiers.

#### **III. 2. 4. 1. Une étymologie latine**

« La confiance, qui passe parfois les mots ou se manifeste sans eux, est dite cependant dans les mots » (Cornu, 2006, p. 171).

Par cette phrase, Cornu nous signale que la confiance peut s'exprimer par les mots mais qu'elle n'a pas forcément besoin du langage pour se développer. Y aurait-il une part intrinsèque, subjective, à la genèse de la confiance ? L'auteure nous propose des réponses dans les fondements de la confiance.

Commençons par nous intéresser sur l'étymologie du mot confiance pour bien comprendre sa sémantique.

Confiance est issue du latin *fides* qui veut dire la foi. *Fides* oriente la signification vers les notions d'engagement et de lien. Nous retrouvons cette racine étymologique dans le mot fidélité qui implique un engagement moral. Les fiançailles entre deux personnes en sont la concrétisation. Il n'y a rien de matériel qui contractualise l'engagement, uniquement un crédit donné à l'autre. Pourtant, un autre dérivé de *fides* donne fiducie et fiduciaire qui est une garantie matérielle prêtée jusqu'à la fin de la dette.

Si le latin *fides* nous rapproche du mot foi, avoir la foi ; le verbe croire provient de *credere* qui donne crédit, crédibilité, crédulité... Un crédit est accordé à une personne dont on est sûr de son remboursement. Elle est crédible. Toutes les certifications attestent de la crédibilité qu'on peut leur porter. Le diplôme d'infirmier atteste au patient de la compétence nécessaire pour se faire soigner. Inversement, il est accordé foi à ce que dit le malade ou l'enfant. Cela amène une certaine réciprocité dans la confiance donnée à l'autre. La confiance engendre donc un lien, entre des personnes, fondé sur la crédibilité. Parfois la confiance est donnée trop facilement à quelqu'un qui n'est pas crédible. La crédibilité poussée trop loin se transforme en crédulité. Le problème de la confiance se situe à la

frontière de la crédibilité et de la crédulité. Il est donc important qu'il y ait une part de rationalité dans la confiance pour ne pas croire naïvement à ce qui est dit.

Mais le mot crise vient du grec *krineim* qui signifie juger, décider. Une crise vient peut-être remettre en question la confiance attribuée entre des personnes.

La première construction de la confiance s'enracine sur l'expérience. La confiance prend alors des sens nuancés selon l'association d'auxiliaires.

### III. 2. 4. 2. Une sémantique nuancée

Origgi (2008) relève trois orientations différentes de compréhension dans le mot confiance. Elle définit le premier comme un « *état de croyance* » sur la possibilité d'actions d'autrui. Le second concerne un « *acte d'engagement* » de notre part pour déclencher l'action d'une ou des personnes en notre faveur. Enfin, la troisième est le « *sentiment* », la croyance que telle personne nous soulagera. Elle rajoute la confiance en soi qui, pour elle, se retrouve dans les trois.

Ainsi, la confiance renvoie pour une partie au domaine de la **connaissance**. Nous savons suffisamment de choses sur des compétences ou sur la personne pour évaluer ses capacités. Mais il y a toujours un risque et elle cite alors Simmel qui définit la confiance comme : « [...] « un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir » » (Origgi, 2008, p. 11).

Une autre part de la confiance correspond à la notion d'**engagement** sur l'action de l'autre en pariant sur le risque encouru.

Enfin, une dernière part de la confiance est relative à l'**affect** subjectif ou non que nous portons à une ou plusieurs personnes.

Cornu nous signale que la confiance peut se conjuguer avec trois auxiliaires apportant autant de nuances dans sa définition.

**Etre en confiance** émet l'idée d'un climat de confiance. Cela renvoie à l'ambiance d'une situation qui peut être traversée sereinement soit parce que nous la maîtrisons, soit grâce à l'environnement ou à notre entourage sur qui nous pouvons compter.

**Avoir confiance** en des choses est toujours vérifiable. Avoir confiance en des personnes supporte moins bien la vérification. Elle se fait par la mise à l'épreuve et émet alors un doute vis-à-vis de l'autre. Nous avons confiance en quelqu'un parce qu'il est crédible dans tel ou tel domaine. Nous avons confiance en son expertise. Mais il existe toujours une part d'inconnu, un paramètre que nous ne connaissons pas chez l'autre et donc il y a une certaine crédulité à avoir confiance en quelqu'un.



**Faire confiance** à une personne induit une prise de risque. Nous parions sur la conduite future de l'autre pour influencer sur l'avenir. Faire confiance est alors un processus d'émancipation. La confiance peut être absolue ou modérée. Il y a un calcul de probabilité avant de s'engager sur la confiance de l'autre. Il existe même des théoriciens de la confiance pour évaluer le rapport gain/perte. Il y a une part d'intuition dans la confiance, mais elle s'accroît dans le rationnel. Cela renvoie aux notions d'engagement, de connaissance et d'affect de Origgi (2008).

**Donner confiance** à quelqu'un introduit une volonté d'actions envers autrui. L'auteure nous dit : « [...] « donner confiance à quelqu'un » : voilà qui met la confiance sous le régime de verbes actifs et d'une adresse à autrui » (Cornu, 2006, p. 172).

Nous en comprenons une invitation tacite destinée à une autre personne à se mettre en action. Donner confiance met en interaction les trois verbes, être, avoir et faire, pour qu'autrui agisse. Si quelqu'un l'incite à l'action, c'est qu'il l'en croit capable, qu'il est là en cas de problème. C'est évident ! Cela lui donne confiance en lui pour agir. L'auteure fait alors un lien entre la relation de confiance et le processus d'émancipation. Des relations établies en toute confiance seraient émancipatrices. Elle est nécessaire à toute socialisation par le lien que la confiance établit entre des générations.

### III. 2. 4. 3. Les différentes formes de la confiance

L'auteure poursuit son raisonnement en rappelant que, par le fait de naître, nous faisons l'expérience de la confiance. En effet, le bébé n'a aucune autonomie et doit s'abandonner aux personnes qui voudront bien l'accueillir, l'aider. Elle définit ainsi la *confiance d'abandon* par l'obligation de s'en remettre au pouvoir de l'autre.

Cependant, la confiance est fondatrice de socialisation s'il existe une circularité entre les verbes faire et donner. L'impéritie de l'enfant l'oblige à faire confiance aux adultes qui s'occupent de lui. Mais il est nécessaire que ceux-ci lui donnent confiance à leur tour afin qu'il puisse s'émanciper graduellement selon ses capacités.

Une autre forme proche de la *confiance abandon* est la *confiance absolue*. Dans une situation de crise où aucune issue ne semble s'entrouvrir, aucun compromis, dans cette situation de crise absolue, seule une confiance absolue paraît le remède d'amélioration.

Nous retrouvons donc l'idée de l'expérience d'un côté du pari d'une « conduite future » et de l'autre, du renforcement positif d'avoir eu raison.

L'expérience réussie de la première *confiance abandon* amène le bébé puis l'enfant à découvrir, de façon progressive, son environnement de plus en plus élargi. Plus il prend confiance, plus on lui donne confiance, et moins il craint l'inconnu. La confiance contribue alors à ne pas redouter l'inconnu :

Elle [la confiance] n'a pas peur de l'inconnu. La confiance n'est pas seulement une croyance, mais une non-méfiance de l'inconnu, et même une non-défiance : elle est un « faire avec l'inconnu », qui agit non pour le réduire mais pour le faire entrer en jeu (Cornu, 2006, p. 177).

Toutefois, Cornu attire notre attention sur une certaine prudence quant à la confiance. Elle ne se donne pas sans un minimum de raisonnement au préalable. Elle est émancipatrice parce que le parent prend, à chaque fois, la mesure de la potentialité de réussite de son enfant. Il en est de même entre adultes. Un processus d'accroissement s'instaure entre deux personnes. Celui qui reçoit la confiance cherche à être à la hauteur attendue. Il agit en conséquence augmentant ainsi le climat de confiance d'un côté et la confiance accordée de l'autre. L'absence de cette réflexion augmente le risque d'échec. Lorsqu'il advient, le climat de confiance se transforme en climat de méfiance soit par crédulité ou par un sentiment de volonté malsaine. La confiance entre ces deux personnes est source d'une dangerosité potentielle. Au lieu d'une certaine liberté émancipatrice, un pouvoir hiérarchique asservissant s'installe. Mais, dans un climat sain de confiance, l'expérience d'une action non aboutie amène chacun à réfléchir. L'auteure nous invite alors à : « [...] une rationalité nécessairement méfiante » (Cornu, 1998, p. 111-122).

Il est légitime de prendre conscience des enjeux encourus dans une relation de confiance. Une méfiance rationnelle s'oppose ainsi à la crédulité. Mais la méfiance peut être irrationnelle. Cette *méfiance émotionnelle* se construit sans fondement, simplement sur des impressions non justifiées. La personne recherche les éléments, les signes qui attestent du bien-fondé de son opinion. La *méfiance émotionnelle* a un grand pouvoir de contagion. Elle a en commun avec la crédulité le manque de raisonnement scientifique. En revanche, la *méfiance rationnelle*, ainsi que la *confiance rationnelle* se construisent sur le vécu d'expériences et de raisonnements. Elles se complètent, la première par le calcul des risques encourus et la seconde par la sérénité dans la mise en action. La synergie de ces deux rationalités permet d'affronter l'inconnu et l'imprévisible.

Mais dans le quotidien, il est impossible de fonctionner habituellement dans la rationalité. Cela supposerait d'avoir fait ses preuves au préalable avant d'engager une relation. L'auteure souligne ainsi l'existence d'une *confiance sensible* issue de la relation établie

entre des personnes. Son fondement est intuitif. Les mots utilisés dans le dialogue résonnent d'une manière qui invite à faire confiance. Cela s'est ancré dès les premières relations maternelles qui nous ont prouvé que la relation à autrui est nécessaire pour se construire et s'individualiser. Cornu insiste sur la présence de cette sensibilité dans la *confiance abandon* et la *confiance émancipatrice*. L'enfant prend pour vérité ce que lui apprend l'adulte. Sa vulnérabilité l'oblige à se soumettre à l'adulte. Et celui-ci construit sa relation en le considérant comme une personne en devenir. La *confiance émancipatrice* introduit alors une notion de responsabilité. L'adulte a la responsabilité de la progression de l'émancipation. La *confiance émancipatrice* a alors à voir avec la transition d'un état, d'une capacité de l'enfant à l'accession par lui-même à niveau supérieur : « Fait d'un sujet qui se risque, la confiance permet à un sujet d'agir » (Cornu, 1998, p. 115).

Il nous semble très important que la personne « qui se risque » assure la responsabilité de son pari. Il en va du maintien du climat de confiance. Si l'action escomptée n'est pas atteinte et que la responsabilité est uniquement imputée à celui qui a agi, la nouveauté va être assimilée à un danger et stoppera toute initiative future. Il est alors nécessaire que la confiance soit réciproque entre les deux personnes.

Il y a donc une progression dans la confiance. L'enfant sort de la confiance abandon grâce à la confiance émancipatrice pour accéder à la confiance réciproque.

#### III. 2. 4. 4. Les confiances et le jeune infirmier

Nous avons repéré précédemment l'importance de l'ambiance dans les unités de psychiatrie. Maintenant, nous savons que l'ambiance est tributaire aussi du climat de confiance entre les différents protagonistes : les patients, les jeunes infirmiers, les expérimentés, le médecin et le cadre institutionnel.

Pour cela, chacun doit avoir confiance en l'autre en cas de besoin. Les patients s'appuient sur l'expertise certifiée par le diplôme du soignant. La réciprocité est nécessaire également, chacun doit faire confiance à l'autre. Par exemple, les médicaments sont certes indispensables mais les médecins les prescrivent *a minima* s'ils ont confiance en leurs soignants pour prendre en charge la survenue d'angoisse ou d'agitation.

Les jeunes infirmiers se retrouvent dans une situation paradoxale. L'employeur leur fait confiance grâce à la certification de son diplôme. Ils peuvent prendre l'initiative de la réalisation d'actes repérés dans leur rôle propre. En revanche, ils se sentent dans une confiance d'abandon vis-à-vis de collègues expérimentés dès leur intégration dans une

unité de psychiatrie ou face à une crise clastique. Ces derniers ont alors à adopter une attitude de confiance émancipatrice pour autonomiser les novices.

Le manque de connaissances théoriques et cliniques des pathologies psychiatriques associé à la dangerosité de la folie véhiculée par les médias génère peut-être une méfiance émotionnelle à l'égard des patients. Cela entraîne une réciprocité chez eux vis-à-vis des jeunes soignants. Il est alors vraisemblable que la survenue d'une crise clastique peut symboliser la mise à l'épreuve du climat de confiance ou de la confiance établie. Les jeunes infirmiers la craignent car elle met à l'épreuve la crédibilité de leurs compétences. Ils ne sont plus dans un climat de confiance et leur confiance en eux peut être altérée.

Les expérimentés doivent calculer la confiance laissée aux plus jeunes afin de ne pas trahir le climat de confiance qui représenterait alors un danger. Il est nécessaire d'assumer cette responsabilité pour que le jeune se sente à la hauteur de répondre à « l'épreuve ».

### **III. 2. 5. Conclusion de l'initiation : le paradoxe de la confiance chez les jeunes infirmiers**

Dans l'épreuve, le jeune soignant affronte l'évènement avec ses connaissances personnelles. Il apprend alors beaucoup de choses de lui-même. Il tente d'utiliser des médiations qu'il maîtrise pour gérer la situation. La présence d'un soignant expérimenté lui donne confiance pour agir.

La confiance se fonde sur une croyance en l'autre. C'est un pari mesuré d'une personne sur l'action attendue d'une autre personne. Elle n'est pas un ordre mais une incitation sur les capacités de quelqu'un à agir. Elle prend plusieurs formes mais se construit toujours sur l'expérience. Elle s'accroît sur un calcul rationnel entre la méfiance et la confiance à avoir envers quelqu'un dans une situation donnée. Elle est donc dépendante du relationnel entre les personnes et sert surtout à l'émancipation de l'une d'elles.

La confiance des jeunes infirmiers est associée à un paradoxe. D'un côté, ils ont alors à répondre de la confiance qui leur est donnée par l'expertise de la certification de leur diplôme. De l'autre, se sentant totalement démunis, à l'instar des bébés, ils sont dans la nécessité d'être dans une confiance d'abandon vis-à-vis de leurs collègues expérimentés.

Mais l'accompagnement doit tendre vers une confiance émancipatrice pour accéder à la confiance réciproque. Cette dernière est alimentée par un dialogue entre le jeune soignant et l'expérimenté, dialogue qui consolide cette confiance. Il contribue ainsi à l'intervention plus sereine du jeune soignant.

L'émancipation par le dialogue nous amène au deuxième mode d'accompagnement de Paul : la Maïeutique.

### **III. 3. Socrate et la maïeutique**

Le mot *maïeutique* vient du grec *maieutiké* qui a donné *maïa* : sage-femme. Elle cachait ses amours dans une caverne pour Zeus dont elle aurait eu un fils, Hermès, le messager des dieux et dieu de l'éloquence. Nous percevons une association à la femme qui renvoie, d'après Paul, à : « [...] de l'apparent et du caché, du sensible et de l'intelligible, de l'obscurité et de la clarté » (2004, p. 191).

Le signifiant de la caverne est la matrice maternelle. S'engager dans la caverne correspond alors à la régression à l'état originel avant de renaître plus fort. Nous retrouvons cette métaphore lors du rite initiatique d'intronisation dans une loge franc-maçonnerie. Le nouveau, les yeux bandés, simule l'entrée dans une grotte à genoux, puis continue debout, accompagné jusque dans une salle avant qu'il redécouvre la lumière et les initiés.

Le terme maïeutique est défini par Socrate pour désigner comment faire « accoucher » son élève des réponses aux questions que celui-ci se pose. L'élève en l'occurrence est Platon qui est le seul des deux à avoir écrit sur tous les dialogues partagés avec Socrate.

Il est impératif que l'élève ne se ferme pas sur lui-même mais s'ouvre à son environnement.

L'auteure signale, dans la structure du mythe, des éléments d'une filiation qui traverse le temps. L'intergénérationnalité est omniprésente et renvoie à l'idée d'un point de départ pour tendre vers la génération supérieure. Elle en repère alors deux ordres :

- « - un ordre « génésique » décrivant un état de genèse idéal, un état unitif initial, propre au commencement,
- et un ordre « généalogique », structuré, générateur de pouvoirs transmis par la médiation d'un flux temporel » (Paul, 2004, p. 193).

La maïeutique, utilisée par Socrate, consiste en une médiation perpétuelle pour progresser à partir d'un état initial toujours en mouvement dans le temps.

Le dialogue avec le maître incite l'élève à rencontrer son âme, à « s'ouvrir vers son intérieur ». Cette intériorité ne peut se faire que par le questionnement de quelqu'un d'extérieur.

En revanche, pour Socrate, le maître doit avoir de l'expérience sur le sujet du dialogue. Il prend l'exemple de la sage-femme qui aide à accoucher grâce à l'expérience de ses propres accouchements. Il précise que cette fonction est réservée aux femmes qui n'ont plus l'âge de procréer.

La mythologie nous explique comment se produit le retour vers son intérieur. Il y a quelque chose de transcendantal entre les dieux et l'âme. La connexion ne peut se faire que grâce à un personnage tiers qui fait découvrir à l'homme le savoir qu'il détient mais dont il n'avait pas conscience. Socrate l'appelle le *daïmon* (du grec *daiô* « partager et distribuer » (Paul, 2004, p. 198)<sup>2</sup>. Socrate décrit le *daïmon* comme une voix qui le pousse à réfléchir avant de mener une action. Cette réflexion qui peut être assimilée à de l'inspiration est en fait une transmission transcendantale faite par le *daïmon*. Il y a donc un mouvement d'aspiration vers l'intérieur puis une transmission vers l'extérieur.

Ce mouvement correspond à « mourir pour re-naître ». Mourir, dans le sens de s'abandonner pour s'ouvrir à de l'inconnu, permet de rebondir et ainsi de re-naître enrichi de savoirs. Mais paradoxalement, si nous assimilons un savoir acquis en une technique réutilisable, nous nous enfermons dans ce que nous connaissons, et donc sans évolution. Socrate nous prévient alors que l'*aspiration* ne peut se faire que si nous oublions momentanément notre connaissance :

Aucune technique ne pourra convenir lorsqu'il s'agit « tout simplement » de se rendre disponible. On ne saurait non plus avoir recours à ce type de technique qui se conçoit « comme moyen efficace pour atteindre par des règles codifiées un but fixé » [...]. Par ailleurs, cette force qui « aimante » agit comme un révélateur en chacun de sa nature propre (Paul, 2004, p. 200).

Toutefois, l'auteure précise que si l'*inspiration* provient d'un mouvement d'*aspiration*, elle est évidemment nourrie des connaissances acquises. Pour cela, il est primordial d'arborer une posture d'ouverture à la nouveauté, vers l'inconnu.

Cela revient à accepter de se laisser transporter jusqu'au *chiasme*, lieu où le Ciel se rejoint avec la Terre, où le divin côtoie le mortel.

Elle reprend les écrits de Platon pour démontrer ce que Socrate entend par prendre soin de soi. Il n'est question que de l'âme. Tout le reste n'est que matériel. Il en exclut clairement le corps qui peut se dégrader contrairement à l'âme.

---

<sup>2</sup> Dans la note de bas de page

L'auteure critique ouvertement la conception comportementale aujourd'hui de l'apprentissage des connaissances. Il est orienté pour tirer profit de l'homme et pour l'élever personnellement :

... ce « connais-toi toi-même » se différencie fondamentalement des préoccupations actuelles s'attachant à l'étude des comportements des hommes et à la réaction des individus afin de les prévoir et de les diriger, de la connaissance de ses aptitudes se déclinant en termes de compétences dont la visée est d'assigner une place et de tout inventaire se prolongeant dans des techniques d'efficacité (Paul, 2004, p. 202).

Dans ce paragraphe, Paul rejoint les propos de Stiegler (2008) sur la manipulation de l'homme à des fins commerciales pour ce dernier.

Socrate choisit la personne qu'il va accompagner laissant apparaître que cela n'est pas à la portée de tous. Il est important que l'accompagné ne soit pas dans une recherche éducative c'est-à-dire qu'il attende les réponses de son accompagnateur. Pour cela, l'auteure nous signale que celui-ci ne doit pas appartenir à l'environnement dont est issue la personne à accompagner. Ainsi, cette neutralité lui assurera de trouver par lui-même les réponses recherchées.

La maïeutique socratique suscite une nouvelle réflexion, une nouvelle analyse et donc une nouvelle posture de l'homme sur son environnement : « A la connaissance de soi, à la capacité de raisonnement, s'adjoint la force de la volonté. Telles sont les bases de l'homme nouveau à l'aube de la révolution socratique » (Paul, 2004, p. 205).

Cette nouvelle philosophie constitue évidemment un certain danger pour la cité axée sur le collectif. Socrate est alors condamné à mourir par empoisonnement à la ciguë. Il a laissé l'impression à l'homme d'avoir une plus grande autonomie dans ses actions. Toutefois, il est seul responsable de ses choix qu'il doit répondre devant la collectivité. Sa raison lui fait développer la modération. Aujourd'hui encore, la sagesse est associée à la pondération. Nous relevons donc un paradoxe dans les propos de l'auteure. Cette retenue, induite par la réflexion, façonne en quelque sorte l'homme : « Derrière le « connais-toi » autant que la recherche de la « juste mesure » se profile l'idée de modelage de chaque individu et de ses rapports avec autrui selon des normes de contrôle qui n'ont cessé jusqu'à nos jours » (Paul, 2004, p. 205).

La maïeutique consiste en un accompagnement basé sur le dialogue d'un maître avec son élève. Nous proposons maintenant de prolonger l'étude la Maïeutique de Paul par une

approche linguistique du langage avant d'envisager son application dans l'accompagnement et dans l'analyse des pratiques. Car, pour bien se comprendre, le choix des mots employés a son importance.

### **III. 3. 1. Le langage : des mots pensés, des maux pansés**

Ce petit jeu de mots introduit le fait que le mot une fois prononcé peut être entendu de façon différente par celui qui l'écoute. Des professionnels en santé mentale utilisent cette technique pour mettre en réflexion un groupe de personnes sur leurs comportements. Par exemple, il est facile de percevoir le nombre de combinaisons possibles d'écrire une phrase avec seulement deux mots et un verbe dictés :

L'écrit panse les maux  
L'écrit pense les mots  
Les cris pensent les mots  
L'écrit pense les maux  
L'écrit panse les mots  
Les cris pansent les maux

...

En autorisant l'utilisation de la forme négative, nous allongeons le texte. Il ne s'agit évidemment pas d'interpréter ce que la personne a écrit de ce qu'elle a entendu. L'intérêt réside dans sa mise en réflexion et dans les interactions suscitées au sein du groupe dans la compréhension de la phrase. Cela ouvre des brèches dans ce que l'on croyait contrôler. Les mots entendus donnent accès à notre inconscient. C'est le principe des séances lors d'une analyse entre un patient et son thérapeute avec tout le non-verbal qui est considéré également comme un langage. D'ailleurs, le psychanalyste Lacan affirmait que l'inconscient était structuré comme un langage.

Intéressons-nous alors à la structure du langage. Nous poursuivons par son approche pragmatique. Nous terminons par une application dans l'accompagnement des jeunes infirmiers.

#### **III. 3. 1. 1. Une définition du langage**

Le langage est un moyen de communication utilisé pour envoyer des signes et des signaux par l'Homme ou les animaux. Ainsi, il y a plusieurs sortes de langage. Celui de l'homme est plus complexe par la distinction de la langue et de la parole.



- La Langue : un système de signes

Bougnoux (1998, p. 28) explique que le linguiste de Saussure, au début du 20<sup>ème</sup> siècle, a été un des pionniers à étudier la structure de la langue. Ce dernier l'associait à l'échange de signes dans un système donné. Il créa alors la sémiologie structurale qui étudie les signes dans leur contexte d'utilisation. Le signe est constitué d'un signifiant (Sa) qui est l'image visuelle ou sonore, et du signifié (Sé) qui est le sens donné à cette image. Chaque signe est défini par opposition aux autres à l'intérieur du système. C'est la vision binaire de la sémiotique, science des signes.

Aux Etats-Unis, au même moment et sans s'être rencontrés, Peirce associe également langue et signes. Mais il développe une définition ternaire de la sémiotique. Il y rajoute la mentalisation de l'image dans un contexte donné :

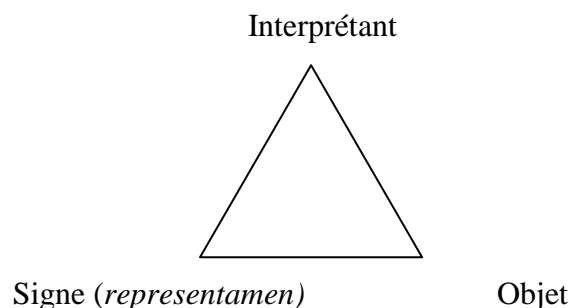


Figure n° 5 La Sémiotique de Peirce

Chez Peirce, l'interprétant désigne le point de vue, le champ ou le code dans lequel le signe est perçu. Ce n'est donc pas forcément le récepteur lui-même. Par exemple, le son du mot « grenade » est le *representamen*. L'Interprétant peut associer ce qu'il entend avec le fruit. L'Objet devient alors le fruit grenade.

Les travaux de Peirce aboutissent à trois façons de faire signe : l'icone, l'indice, et le symbole.

- L'icone est l'image de l'objet, donnée par le signe dont la ressemblance évite toute erreur de compréhension.
- L'indice lie le signe à l'objet. Nous en avons une représentation visuelle ou sonore immédiate. Il indique l'objet dans un contexte donné.
- Le symbole remplace, suggère parfois de façon approximative l'objet.

Pour Peirce, le sens est en permanence lié au contexte alors que la signification reste invariable. Le langage n'a du sens que dans un contexte.

Klein<sup>3</sup> (Lohisse, 2006, p. 90) relate que, plus tard vers la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, Morris complète la définition du symbole. Pour lui, il est un deuxième signe pour indiquer l'objet. Le symbole est un « signe de signe » dit-il.

Morris (Lohisse, 2006, p. 91) identifie trois disciplines dans la sémiotique : la syntactique, la sémantique et la pragmatique :

- La syntactique correspond à l'organisation, à la grammaire des signes entre eux.
- La sémantique fait le lien entre le signe et l'objet. Elle fait référence au sens.
- La pragmatique relie le signe aux utilisateurs. Elle est ancrée dans le contexte.

- La parole : un acte de sens

Florin (2002, p. 59) détermine l'acte de parole comme élément unitaire de compréhension d'un dialogue. Une parole met en relation l'émetteur, son récepteur et le contenu de l'énoncé. Les actes de langage (ou les actes de parole car elle ne les différencie pas) contribuent à la socialisation des individus.

La parole est l'expression individuelle d'une personne. Son destinataire va s'intéresser à l'énoncé qu'il va inclure dans un contexte. Pour illustrer l'importance du contexte, nous pouvons nous appuyer sur les textes de Nougaro. Comme les autres poètes, ses métaphores traversent le temps car elles peuvent s'imbriquer dans bon nombre de contextes. Dans son dernier compact disc<sup>4</sup> il a écrit un texte dédié aux mots et qui en constitue le titre, « Les mots »<sup>5</sup>. Ce n'est peut-être pas son meilleur texte, mais il dégage une émotion particulière, tout comme l'ensemble de cet album, car Nougaro est décédé quelques jours après la fin des enregistrements. Il n'a donc pas connu la finalisation de ce compact disc.

Ainsi, les mots peuvent résonner différemment selon l'interlocuteur et le contexte dans lequel celui-ci les entend. Ils offrent un surplus de sens à l'énoncé.

L'énoncé se définit sous trois axes :

- Le locutoire concerne l'organisation des mots, de leurs choix à l'effort nécessaire pour les prononcer.
- L'illocutoire correspond au message qu'on souhaite faire passer. L'énoncé peut suggérer une réponse indirecte. Par exemple, « il fait chaud » est peut-être une demande pour obtenir un verre d'eau ou pour que quelqu'un ouvre une fenêtre.

---

<sup>3</sup> A. Klein a revu et corrigé la 2<sup>ème</sup> édition

<sup>4</sup> C. Nougaro, 2004, *La note bleue*, Paris, Les Editions du Chiffre Neuf

<sup>5</sup> Voir annexe p. 177

- Le perlocutoire est l'agissement sur l'auditoire. L'énoncé produit des effets, attendus ou non, chez la personne qui l'entend.

L'acte de langage, construit à partir d'un énoncé, se décline de plusieurs manières. Le locuteur aborde alors un langage directif ou prometteur ou assertif entre autres. Dans l'assertion, la personne est affirmée. Elle parle de sa place. Cela va de l'argumentation de ses propos à la reconnaissance de ses torts.

### III. 3. 1. 2. L'approche pragmatique de la linguistique

L'approche pragmatique met l'accent sur l'acte de langage pour les relations de sujet à sujet par opposition aux relations de sujet à objet.

- Le dialogue, une reconnaissance de places

Emile Benveniste souligne l'existence de mots qui installent le temps et l'espace. Ce sont des déictiques (déictique vient du verbe montrer en grec). Ils sont utilisés pour situer la personne, son propos et son destinataire. Les pronoms personnels sont des déictiques désignant la place de chacun.

Dans un dialogue, « je » et « tu » sont à l'intérieur de la conversation. Ils font exister chacun. En prononçant « je », le sujet reconnaît sa place, ses limites. Il a une position d'énonciateur. Il y a aussi un côté assertif. Avec le « tu », il accepte l'existence de l'autre avec sa singularité. Il en est de même pour celui qui écoute. Il comprend qu'il est désigné par le « tu » par la personne qui dit « je ». L'inversion des places est possible, le « tu » devenant « je » et réciproquement. Dans un dialogue, ces pronoms personnels induisent leurs présences. En revanche, l'utilisation du « il » implique l'absence de la personne qu'ils évoquent. Il peut y avoir la réification du « il » qui devient l'objet du dialogue ou de l'entretien.

- Une application dans l'accompagnement des jeunes infirmiers

En psychiatrie, l'essentiel des soins repose sur les entretiens. Ils servent au patient à exprimer sa souffrance et / ou au soignant à évaluer l'état psychique de la personne. Mais, paradoxalement, dans les Instituts de soins infirmiers, nous n'apprenons pas la théorie du langage ni à écouter.

Pour améliorer la fidélisation des nouveaux infirmiers, nous proposons alors l'alternance de la pratique dans les unités de soins avec un temps de réflexivité en individuel, le tutorat, et en collectif, l'analyse des pratiques. S'il est très difficile de modifier les programmes d'enseignement, nous pouvons intervenir sur ces temps réflexifs pour travailler les techniques d'entretiens.

- Un tutorat dialogique

Le tutorat en psychiatrie, mis en place à partir de 2005, n'arrive pas à enrayer la fuite des nouveaux soignants. Toutefois, la formation pour devenir tuteur ne comporte aucun apport linguistique. Pourtant, c'est par un dialogue que le tuteur va chercher à susciter la réflexivité chez le tutoré. Un locutoire maladroit de la part d'un tuteur peut avoir un effet perlocutoire déstabilisant pour le nouveau soignant. Nous sommes généralement certains de dire exactement ce que nous pensons. Il devient donc évident que l'interlocuteur a parfaitement compris le sens de nos propos. Le « je » est convaincu de l'explicitation de son message. Cependant, le « tu », c'est-à-dire la personne à qui était destiné le message, a pu entendre autre chose. Cette distorsion de compréhension génère quelques fois de l'ambiguïté. Le jeune peut mettre alors en doute l'efficacité du tutorat.

Si le tuteur s'accorde à être vigilant sur l'acte de langage en jeu dans ses interactions avec le tutoré, il doit faire preuve de prudence dans l'illocutoire, les messages à faire passer.

En effet, dans son dialogue, le tuteur en se positionnant par le « je » va faire exister le « tu », le tutoré.

« je » tuteur => « tu » tutoré.

Par une réciprocité, il va faire advenir une position assertive du tutoré :

« tu » tuteur <= « je » tutoré.

Mais, cette linéarité risque de se focaliser sur la personne de l'inexpérimenté. Elle peut se sentir dévalorisée et se culpabiliser. Sa remise en cause du tutorat est probable. Il devient alors pertinent que le tuteur se décentre de la personne du tutoré en réintroduisant l'objet du tutorat c'est-à-dire soit une expérience, une pratique ou une recherche de théorie :

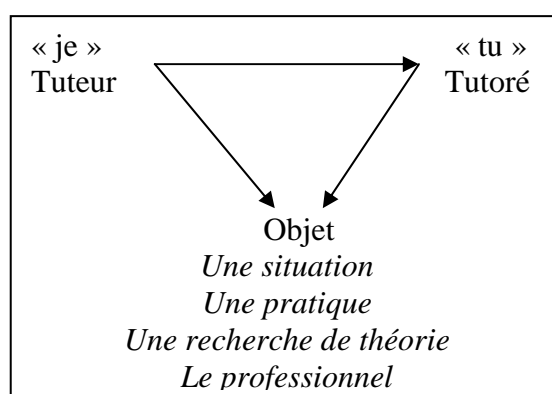


Figure n° 6 Le tutorat dialogique

En évoquant une situation, le tutoré parle sans crainte de son ressenti avec assertion quand il est sûr que ce n'est pas de sa personne dont il est question.

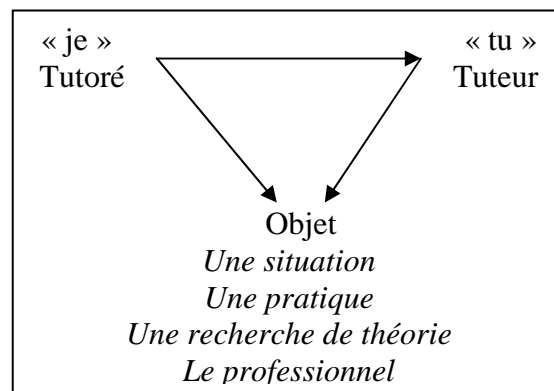


Figure n° 7 Le positionnement assertif du tutorat dialogique

Dans un premier temps, le tuteur cherche à faire reconnaître une place au nouvel arrivant. Puis, il se consacre à l'« objet » afin que le tutoré comprenne qu'il s'agit de sa place de soignant dont il est question. Enfin, le tuteur fait advenir un positionnement assertif chez le professionnel en cours d'expérience.

Les techniques de reformulation sont des outils intéressants pour réduire le plus possible les distorsions de compréhension chez les deux interlocuteurs. Cette théorisation de l'acte de langage peut s'appliquer lors de réunions collectives notamment pour l'analyse des pratiques.

- Une analyse des pratiques fondée sur une linguistique pragmatique

Il semble nécessaire que l'animateur ait des connaissances en linguistique pour maîtriser tous les effets perlocutoires des échanges verbaux dans un groupe.

Dès le début, le cadre est institué notamment sur la fonction de chacun. En effet, le groupe étant constitué d'expériences multiples, la phase de reconnaissance du positionnement de chacun est peut-être plus réduite que pour le tutorat. L'animateur va surtout s'intéresser à l'« objet », c'est-à-dire à une situation vécue par un des soignants du groupe.

Au fur et à mesure, l'animateur prend de la distance dans les débats et les interactions « je » ⇔ « tu » se font entre les membres du groupe. Il a néanmoins à être vigilant que la discussion reste sur l'« objet » et ne dévie pas sur la personne.

Certes, l'objectif principal de ce travail de groupe est de réfléchir sur sa pratique afin de l'améliorer. Mais, il permet également à ce que chacun devienne de plus en plus assertif et donc impliqué dans son travail.

Par ailleurs, si l'acte de langage est important entre collègues, il est primordial avec les patients. Parfois, leur discernement est perturbé, ils comprennent mal nos propos qui

peuvent alors devenir nocifs. L'analyse des pratiques est l'occasion d'aborder un peu la linguistique pragmatique pour faire attention à ce que nous disons.

### **III. 3. 2. Conclusion de la maïeutique : une mise en travail par un accompagnement dialogique**

Les difficultés liées aux effets d'un langage maladroit sont un des leviers pour fidéliser les nouveaux arrivants en psychiatrie. Pour cela, il est nécessaire de mieux repérer l'importance du choix des mots utilisés et l'impact qu'ils produisent sur autrui.

Prendre conscience de la signification du « je », du « tu » et du « il » entraîne des conséquences sur la place donnée à chacun. C'est un des moyens pour favoriser l'assertion du professionnel. Cela semble aller de soi, pourtant l'intégration d'un nouveau dans une équipe déjà constituée reste problématique.

Alors que les métiers de la santé reposent sur la communication entre le soignant et le patient, paradoxalement, la théorie de la linguistique n'est pas étudiée. Sa pratique est développée au cours des différentes expériences vécues par chacun.

En santé mentale, l'accompagnement réside principalement sur le dialogue. La parole prend alors la place la plus importante. Lorsque nous cherchons « à mettre quelqu'un en travail », nous lui tenons un discours pour le faire réfléchir ou réagir. La philosophe Arendt dit la même chose : « [...] les mots justes trouvés au bon moment sont de l'action » (1983, p. 63).

Des mots pensés pour des maux pansés ...

Après l'Initiation et la Maïeutique, abordons maintenant la dernière approche mythologique de l'accompagnement.

### **III. 4. Hippocrate et le mode thérapeutique**

Paul termine son lien avec la mythologie par l'analyse de la thérapeutique d'Hippocrate. Elle explique que le mot thérapeutique a une origine grecque voulant dire « servir (dieu) ». Homère l'emploie pour une personne qui en assiste une autre, pour l'aider. Le thérapeute n'améliore en rien une pathologie somatique. Il aide à mieux se connaître : « C'est donc l'aventure intérieure qu'il s'agit d'accompagner » (Paul, 2004, p. 208).

Cela devient donc un art de vivre où il est important de prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui.

Hippocrate est avant tout un philosophe. Pour lui, la médecine ne peut se concevoir sans un dévouement envers une sagesse spirituelle. Cette quête se réalise graduellement grâce à une initiation et à une motivation intrinsèque à prendre soin d'autrui. Le but, d'après Hippocrate, est de s'appuyer sur ce que nous connaissons pour rechercher ce qui est invisible. Il faut alors utiliser ce qui est maîtrisé et développer son intelligence pour explorer l'inconnu. Hippocrate reconnaît que la médecine consiste en l'exécution d'une action au bon moment. Il fait donc allusion au dieu grec *kairos* qu'il est intéressant de connaître.

### **Kairos, l'opportunité à saisir**

Le dieu Kairos est le dernier fils de Zeus. Il est représenté par un jeune homme ailé aux épaules et aux talons. Il a une très longue mèche de cheveux devant et le reste du crâne rasé. Il court très vite et tout le temps. Sa particularité est qu'on le reconnaît alors qu'on ne l'a jamais vu auparavant.

Il symbolise l'opportunité car il faut le saisir par sa mèche de cheveux au bon moment. Il existe alors trois possibilités quand l'occasion se présente :

- on ne voit pas le kairos ;
- on le voit mais on ne fait rien ;
- on le voit et on l'attrape par les cheveux quand il passe : on saisit l'opportunité.

Une occasion se définit par l'apparition d'un contexte réunissant les conditions pour mener une action qui sera décisive. Saisir le kairos équivaut à prendre une décision qui va influencer sur le reste.

Cependant, Hippocrate reconnaît qu'en médecine, le kairos est reconnu grâce au savoir.

L'initiation se termine par un serment très protocolaire devant des initiateurs. L'admission est acquise après l'engagement de respecter des règles déontologiques dont la première est de ne pas nuire.

Nous pouvons illustrer un accompagnement thérapeutique par la pédagogie institutionnelle. Elle contribue à l'émancipation du jeune en développant sa confiance en lui. En parallèle, elle consolide les bases de la socialisation.

### **III. 4. 1. Un accompagnement thérapeutique : la Pédagogie Institutionnelle**

S'intéresser à la Pédagogie Institutionnelle, la PI, nous amène à nous rapprocher de Fernand Oury, de son cheminement à partir de la méthode Freinet jusqu'à la construction de la structure de la Pédagogie Institutionnelle. Nous utilisons deux ouvrages, l'un collectif paru sous la direction de Martin, Meirieu et de Pain et l'autre un abécédaire d'Imbert regroupant des écrits d'auteurs pour chaque concept de la Pédagogie Institutionnelle. Nous poursuivons par l'étude du trépied : le matérialisme, le groupe et l'inconscient. Nous continuons en «4L » jusqu'à la praxis, moteur de son évolution. Enfin, nous terminons par la formation des enseignants et la modélisation de la Pédagogie Institutionnelle proposé par Fernand Oury.

#### **III. 4. 1. 1. Historique de la Pédagogie Institutionnelle**

La genèse du mouvement de Pédagogie Institutionnelle remonte à la fin de la seconde guerre mondiale grâce à Fernand Oury instituteur, frère de Jean Oury, psychiatre et directeur de la Clinique de La Borde<sup>6</sup>. C'est ce dernier qui proposera le terme de « pédagogie institutionnelle » pour les similitudes de cette approche pédagogique avec celle du mouvement de psychothérapie institutionnelle née de l'expérience de Tosquelles à l'Hôpital de Saint Alban en Lozère à partir de décembre 1940.

Fernand Oury est né à Paris en janvier 1920. Il est instituteur suppléant en 1939 dans une classe de quarante cinq élèves. Il s'aperçoit rapidement que les méthodes d'enseignement ne sont pas adaptées aux enfants. Pour lui, c'est un leurre de se figer dans la vision d'enseignant transmettant un savoir à des enfants homogènes réceptifs. Son expérience lui fait comprendre au contraire l'hétérogénéité des élèves qui sont avant tout des enfants avec leurs soucis. Ils ont alors aussi besoin d'un adulte qui les écoute. En 1945, il enseigne à La Garenne Colombe.

En 1949, il se rapproche de la méthode pédagogique mise en place par Freinet. Il adhère à l'idée que l'enseignement peut se faire hors de la classe et de manière coopérative. Toutefois, il repère que les écoles Freinet ne s'adressent qu'au milieu rural, en attestent tous les écrits concernant l'école primaire. Fernand Oury va alors transposer cette pédagogie dans le monde urbain qui se développe de plus en plus. De cette époque, sa fille aînée (J. Oury, 2009, p. 13-19) relate les confrontations houleuses de son père avec sa hiérarchie sur ses pratiques. Il trouve un exutoire à sa colère en consultant le psychanalyste Lacan et dans la pratique du judo. A partir de 1951, il commence à prendre en charge des

---

<sup>6</sup> A Cour Cheverny dans le Loir-et-Cher



colonies de vacances où il met en place un fonctionnement de coopération. C'est en 1953 qu'il s'oriente vers l'éducation spécialisée à l'Institut Médico Psychologique d'Herbault<sup>7</sup>.

Pain explique son rapprochement de la Psychothérapie Institutionnelle par sa conception de prise en charge pour soigner l'être humain :

... la psychanalyse et la place du sujet (« apprenant », et maître), la dynamique des groupes et la psychologie sociale. [...] ces deux dimensions de la pratique des institutions sont « les deux jambes », disait Tosquelles, du quotidien du sujet et du groupe « institutionnels (2009, p. 25).

C'est au congrès Freinet en 1958, que son frère Jean Oury propose donc d'appeler, la méthode de Fernand, la Pédagogie Institutionnelle en référence à son ancrage dans les sciences humaines et à l'inconscient à l'instar de la psychothérapie institutionnelle. Ce mouvement prend son essor grâce à la collaboration de Vasquez, jeune psychologue vénézuélienne. Depuis sa thèse en 1966, elle publie plusieurs ouvrages avec Fernand Oury contribuant à la propagation de la « PI ». Fernand Oury s'oppose clairement à ce qu'il nomme l'« école caserne » où les enfants assis reçoivent le savoir. Il œuvre plutôt pour que l'enfant, « debout », participe à la construction de son enseignement.

Plus tard, des scissions apparaissent au sein du mouvement sur la question de la psychanalyse. Fernand Oury meurt en février 1998 à Blois, non loin d'Herbault et de La Borde où il a passé les derniers mois de sa vie. Six ouvrages portent sa signature et sont encore édités et lus dans plusieurs pays. Aujourd'hui, la PI est enseignée à l'Université de Paris X. Elle sert toujours de référence pour l'enseignement dans de nombreuses classes ainsi que dans des instituts d'éducation spécialisée.

### III. 4. 1. 2. L'ossature de la Pédagogie Institutionnelle

Laffitte (2009, p. 79-91), instituteur spécialisé nous explique la structure de la Pédagogie Institutionnelle. Elle repose sur un trépied : **le matérialisme, le groupe et l'inconscient**.

- Le matérialisme

Fernand Oury s'est d'abord inspiré de l'école Freinet pour construire la pédagogie institutionnelle. Au début du vingtième siècle, Freinet a inventé une méthode active d'enseignement dans les écoles rurales. C'est Fernand Oury (1988/2009, p. 165-170) lui-même, dans une émission de France Culture, Passeport pour l'avenir interrogé par Navarro en 1988, qui nous explique comment Freinet a inventé sa méthode. De retour de la Grande Guerre, Freinet avait des difficultés pour parler. Il invente alors une méthode

---

<sup>7</sup> A une trentaine de kilomètres de la clinique de La Borde...

d'enseignement qu'il partage avec d'autres collègues instituteurs. Il met en place une imprimerie à partir des années vingt. Les enfants rédigent ce qu'ils ont envie de dire. Toute la classe s'organise, collabore pour imprimer le texte. Puis, cela s'est étendu à soit un texte individuel, soit un texte collectif qui sont regroupés dans un journal scolaire. Insidieusement, les enfants apprennent à lire, à écrire, l'orthographe et la grammaire ainsi qu'à compter.

Freinet est décédé en 1966. Mais aujourd'hui encore, des écoles poursuivent cette pédagogie. Elle consiste à sortir d'un processus où les élèves « consomment du savoir » pour les inciter à produire et à échanger. Les types de communication en sont fondamentalement bouleversés. Laffitte (2009, p. 84) utilise l'image de relations en face à face qui se transforme en coude à coude. Les apprentissages se concrétisent par la réalisation d'un journal. La coopération entre tous est donc nécessaire et tous les niveaux de compétences sont sollicités.

Le journal se construit en plusieurs phases. D'abord, il y a soit l'élaboration d'un texte libre, soit l'information récoltée sur le terrain. Dans ce cas, les élèves commencent à préparer leurs questions, réfléchissent à qui et comment ils vont les poser. Ensuite, ils vont à la rencontre des personnes choisies pour récolter leurs informations. Puis, le temps de la rédaction mobilise d'autres compétences, l'orthographe, comprendre le fonctionnement de la machine à imprimer, prendre et placer les lettres au bon endroit du composteur. Enfin, l'article ou le journal terminé, il est envoyé à d'autres écoles : « La triade « Texte Libre-Journal-Correspondance interscolaire » de Freinet, qui donne du sens au lire-écrire : On écrit de la lecture (pour les autres) et on lit de l'écriture (celle des autres) » (Laffitte, 2009, p. 85).

Le quotidien de la vie à l'école est transformé en problème à résoudre. L'enseignant utilise alors le langage mathématique le plus approprié au niveau de l'élève. Les mathématiques prennent un sens concret dans la vie de tous les jours.

Le maître apporte aussi un enseignement complémentaire et évalue les acquisitions. Dans ce fonctionnement, il a un rôle primordial dans la gestion des interactions entre les élèves et doit adapter son discours au niveau de l'élève.

- Le groupe

Le deuxième appui du trépied est le groupe. Fernand Oury insiste sur la nécessité de considérer l'enfant, certes avec son développement physique et cognitif, sa maturité affective mais aussi en tant que membre d'un collectif. Le groupe dans lequel il évolue,

influe sur le comportement de l'enfant. Fernand Oury préconise alors de prendre en compte tous les phénomènes en jeu dans un groupe : « [...] leadership, bouc émissaire, contagion, fantasme de groupe, etc. qui peuvent parasiter, voire bloquer le travail collectif » (Laffitte, 2009, p. 86).

Pour mieux gérer toutes ces interactions, il suggère la mise en place d'instances démocratiques où la parole circule librement.

Il est allé beaucoup plus loin dans la responsabilisation de l'enfant dans ses apprentissages. Il a pris conscience de l'importance de l'espace classe comme lieu de socialisation. Il revendique de favoriser la prise de parole par les enfants plutôt que de la leur donner. Il institutionnalise la classe en responsabilisant et en intégrant les enfants dans son organisation.

Il instaure des espaces de liberté de parole comme le « Quoi de neuf ? » où tout peut être abordé le matin, le « Choix de textes » où ils évoquent un texte de leur choix ou encore la « Boîtes à questions » où toutes sont débattues sans aucune censure.

Les différences de niveau sont un atout pour l'émulation. Fernand Oury, judoka dans ses loisirs, a transposé les couleurs de ceintures du judo en attribuant une couleur à chaque échelle de compétences dans une discipline. Par exemple, un enfant peut être jaune en lecture mais rouge en mathématiques ou dans une autre discipline. Plus tard, il créera un permis à points donnant des responsabilités et une émancipation de l'intérieur de la classe, à l'ensemble de l'école jusqu'à l'extérieur de l'établissement scolaire.

Chaque élève, petit ou grand, a un « métier » le responsabilisant dans la vie quotidienne de la classe : du réapprovisionnement des craies, à l'essuyage du tableau, etc. Il met en place une « monnaie intérieure » pour symboliser et réguler des échanges relationnels.

Le « Conseil » est l'endroit et le moment où l'organisation est revue et améliorée. Chacun s'exprime protégé d'éventuelles représailles. Un enfant qui ressent une injustice de la part de l'enseignant, sait qu'il pourra en parler au conseil en espérant une rectification. L'adulte, lui, peut reconnaître ses torts sans être discrédité, il peut être ainsi un homme ordinaire. Il ne symbolise plus la loi car il contribue simplement à la faire avec ses élèves et il s'y soumet de façon égale aux enfants. C'est en cela que la PI est un garde-fou, construit des limites et des recours aussi bien pour les enfants que l'instituteur. Le conseil peut attribuer une sanction pour des comportements perturbateurs. Il sert aussi à féliciter, à mettre à l'honneur des comportements en faveur du collectif ou facilitant l'entraide.

C'est par ce fonctionnement reposant sur des instances démocratiques et en constante évolution que la classe est un lieu instituant.

- L'Inconscient

Enfin, l'équilibre du trépied est réalisé par la prise en considération de l'Inconscient. En effet, l'Inconscient de chacun transpire en permanence à l'intérieur de la classe. Les espaces de parole le font advenir et contribuent alors à réduire voire éviter la production de symptômes. Ainsi, la Pédagogie Institutionnelle prend en compte le désir inconscient du champ psychanalytique. Laffitte nous avertit que la pédagogie traditionnelle ou usuelle se leurre en travaillant la motivation. La PI en suscitant le désir capte plus intensément l'envie de s'investir chez l'enfant. Elle le reconnaît comme sujet et participe ainsi à son émancipation en temps que tel.

Mais le désir est lié au manque. Il n'est évidemment pas question de chercher à le combler pour chacun. Alors la PI s'évertue à faire admettre ce qu'est la Loi. Il ne s'agit pas seulement des règles de fonctionnement, mais bien des lois fondamentales de toutes sociétés : l'interdit de l'inceste et l'interdit du meurtre qui fondent le respect. C'est bien la contribution à l'apprentissage de la Loi symbolique dont il est question. Les règles de vie dans la classe sont élaborées et peuvent être modifiées collectivement. En revanche, la Loi symbolique se transmet de génération en génération et soumet adultes et enfants à son respect.

Dans cette conception, la PI amorce le développement d'une éthique chez les enfants. Dans la classe, ils peuvent exprimer leurs ressentis et leurs idées même s'ils sont différents de ceux de leurs copains de classe, de leurs parents ou de l'instituteur. Ils font l'expérience du respect dû à l'autre et des autres à soi. L'éthique professionnelle de l'enseignant est également convoquée. Il peut être amené à ne pas répondre aux attentes, aux exigences des parents, des enfants et parfois à son administration pour rester en conformité avec l'esprit de la PI.

### III. 4. 1. 3. Les 4 L : symboles de la Pédagogie Institutionnelle

Pain (2002, p. 102), dans sa référence aux 4L, évoque avec humour l'automobile très répandue dans les années soixante et soixante dix notamment chez les enseignants. En fait, elles désignent les initiales de Lois, Limites, Lieux et Langage. Si les 4L peuvent

symboliser les instituteurs, elles symbolisent surtout la construction psychique de l'Homme et la pérennisation de son espèce.

**Les Lois** : il s'agit des lois fondamentales de l'interdit de meurtre et de l'interdit d'inceste. Certes il est interdit de tuer, mais il faut élargir à la considération de l'autre. Ne pas prêter attention à quelqu'un, l'ignorer est un meurtre psychique. Nous le tuons dans ce qu'il a de sujet en lui. De même, asservir l'autre à son pouvoir ou à le formater selon des normes revient à le réduire à un objet, à écraser sa personnalité, à commettre le meurtre. L'apprentissage du respect de l'autre se fait dans la quotidienneté de la classe. Cet interdit s'applique également à l'enseignant dans la considération qu'il a de chaque élève ainsi que de ses collègues.

L'interdit de l'inceste renvoie bien évidemment à des interdits trans-générationnels mais aussi concernant des relations fusionnelles. Comprendre tout de suite le souhait de l'autre et l'accomplir immédiatement revient à ce que l'enfant espère de sa mère. Si celle-ci n'interdit pas cette relation, l'enfant n'a plus besoin de la parole pour s'exprimer. La relation fusionnelle maintenue va l'empêcher de s'individualiser. Imbert le transpose à l'école en ces termes : « Ce sont ces interdits de la « fusion-confusion », du mélange, du sans-loi – autant de figures de l'inceste – que les institutions ont en charge de soutenir, au niveau macrosocial comme au niveau microsocial de la classe » (2010, p. 137).

**Les Limites** physiques et psychiques : le récit de l'histoire de Miloud en est une parfaite démonstration. Imbert reprend un passage du texte de Fernand Oury « Les métiers : une médiation bien commode » pour illustrer cette notion de limites. Il s'agit de Miloud, jeune psychotique de sept ans qui est décrit comme errant sans point de repère dans la classe de Catherine Pochet : « Totalement perdu, il semble ignorer l'espace, le temps et les autres. Il entre, il sort, il déambule, il se perd » (Imbert, 2010, p. 141).

Finalement, suite à son interjection « c'est ma porte ! », Miloud s'est vu attribuer le métier de portier. Il était très fier d'ouvrir ou de fermer la porte de la classe. Il a ainsi réussi à différencier des espaces. Il a pu trouver sa place au sein du collectif. En délimitant les espaces : dedans / dehors ; en les contenant : contenant, la classe ; contenu, les élèves, il délimite l'espace et les autres. Ainsi, il se délimite lui-même. L'expérience de la confrontation à autrui aide l'enfant à repérer ses limites corporelles.

De même, la vie quotidienne de la classe lui apprend à repérer les moments et les endroits où se font et où se disent certaines choses. Apprendre à différer les pulsions évite les

passages à l'acte. Suite à une dispute à la récréation, savoir qu'il peut critiquer l'enfant au Conseil, permet à l'enfant de différer et de ne pas passer à l'acte en donnant un coup de pied.

**Les Lieux** a fait l'objet d'un texte de Pesce (2009, p. 213-227). Il articule deux dimensions aux espaces : le lieu et le milieu. Le lieu est la matérialisation concrète d'un espace, la classe, la cour de récréation, etc. Il peut y être associé des temps, c'est l'endroit et le moment du Conseil, de la confection du journal par exemple. Les lieux et les espaces temps aident l'enfant à se repérer dans le temps et dans l'espace.

Chaque lieu et chaque instance sont régis par des règlements définis parfois par le collectif constitué du groupe d'enfants et de leur enseignant. Les enfreindre expose le fautif aux décisions émises au Conseil.

Le milieu correspond à ce que Freinet a caractérisé comme ambiant. L'enfant fait l'expérience du milieu dans lequel il évolue : sa maison familiale, son école. A partir d'un certain niveau de développement, les lieux utilisés dans la classe sont utilisés de façon différente. Ils deviennent des médiateurs pour découvrir leur environnement. Progressivement, ils utilisent leur apprentissage pour élargir leur connaissance de leur village, d'autres métiers, du monde dans lequel ils vivent.

**Le Langage** a la particularité de structurer les premiers L, les Lois, Les limites et les Lieux, et réciproquement, d'être structuré en même temps grâce à eux. Nous proposons de nous référer à notre approche linguistique étudiée plus haut<sup>8</sup>

#### III. 4. 1. 4 La praxis

Le mot « praxis » est très souvent employé dans les écrits concernant la Pédagogie Institutionnelle. Imbert cite Tosquelles qui donne une intéressante définition de ce qu'est la praxis : « La praxis est l'élaboration collective, dans un groupe, des pratiques vécues dans le quotidien » (2010, p. 179).

Il y apporte la notion d'interactions à l'intérieur du collectif où la singularité de chacun est conservée dans une égalité de place.

Plus loin dans cet ouvrage, Castoradis (Imbert, 2010, p. 181) compare la praxis avec une boucle en perpétuelle évolution grâce à l'autonomie de chacun et avançant vers cette

---

<sup>8</sup> Voir p. 64

autonomie. Cela se traduit par des interactions entre les membres qui ne se soumettent pas à des transmissions de savoirs. Ainsi, la pédagogie institutionnelle, inscrite dans une praxis, développe une réciprocité dans les apprentissages individuels, c'est-à-dire que dans le collectif, chacun se fait tiers dans la relation d'un autre avec le savoir.

Contrairement à la pensée spéculative, la praxis ne recherche pas un achèvement mais tend vers un infini. Elle s'oppose à la pédagogie spéculative par le fait qu'elle s'appuie sur la construction infinie de chaque personne. Elle génère de nouvelles réalités suscitant l'élaboration de nouveaux savoirs. Elle questionne les fonctionnements habituels ou transmis. Elle est une boucle rétro active qui avance en revisitant constamment la théorie et la pratique. Castoradis insiste sur le fait que la praxis permet au sujet de construire son environnement en même temps qu'il se construit lui-même.

La pédagogie institutionnelle, fondée sur la praxis, implique une remise en cause constante de son fonctionnement : « Comme praxis elle exclut toute application d'un savoir déjà acquis » (Imbert, 2010, p. 181).

Arendt (1983, p. 180) reprend également cette idée de boucle en ajoutant une nuance. Chacun est à la fois acteur dans cette boucle et en même temps subi la réaction produite entraînant de nouveau une action. La praxis est pour elle une vis sans fin où toute action produit une réaction en chaîne. Un simple mot prononcé peut agir en perlocution sur le collectif.

La praxis s'oppose ainsi à sa définition de la fabrication qui repose sur une conception parfaitement établie, programmée et attendue.

Imbert souligne que la praxis apporte à la pédagogie institutionnelle une remise en cause de la toute puissance de l'enfant d'un côté et d'une dimension nostalgique dans le travail de l'enseignant, de l'autre. Il insiste sur l'aide importante des institutions apportée aux enseignants dans leur quotidien avec les élèves.

Nous pouvons définir ainsi la praxis comme l'ensemble de toutes les interactions individuelles et autonomes à l'intérieur d'un collectif. Elle fonctionne sous forme d'une boucle rétroactive basée sur l'action individuelle et sa réaction individuelle et collective. Elle ne cherche pas un résultat à atteindre mais plutôt une remise en cause perpétuelle de son fonctionnement et du savoir acquis.

La société étant en perpétuelle évolution, chaque individu se construit dans sa mouvance environnementale. La praxis permet alors aux savoirs de répondre aux besoins. Dans ce processus, chacun est en apprentissage grâce à l'autre. L'enseignant développe des savoirs chez ses élèves mais il apprend, lui aussi, de par leurs réactions. Le thérapeute soigne ses

patients et il améliore continuellement ses connaissances sur comment se déclinent individuellement une maladie. Jean Oury (Imbert, 2008, p. 99) insiste beaucoup sur la formation des soignants par les soignés C'est la confrontation aux élèves ou aux malades qui construit l'enseignant ou l'infirmier. Dans ce cadre, aucun savoir n'est figé ni sa transmission applicable comme telle.

La praxis permet alors de rétablir une symétrie dans l'asymétrie des places. Elle appelle à questionner tout pouvoir établi ainsi que tout savoir acquis.

### III. 4. 1. 5. La formation des instituteurs à la pratique de la Pédagogie Institutionnelle

Entrer en Pédagogie Institutionnelle, c'est d'abord faire le deuil de l'enseignant savant. Il faut prendre conscience de son incomplétude et surtout accepter de recevoir un apprentissage de la part des enfants.

Fernand Oury s'est beaucoup interrogé sur la transposition de cette pédagogie d'un lieu à un autre, d'une classe « normale » à l'éducation spécialisée.

Pour se former à cette pédagogie, il ne semble pas nécessaire d'avoir déjà pratiqué l'enseignement dans une classe mais d'avoir pris connaissance d'écrits sur la méthode Freinet, sur les dynamiques à l'intérieur d'un groupe et sur l'inconscient. Après cette phase, le jeune enseignant peut s'inscrire au « stage ». Il s'agit de participer à des rencontres ou à des stages « inter-pratiques ». Ces derniers se déroulent sur plusieurs jours de façon intense. Ils font l'expérience de la parole sous forme de groupe « Balint ». Ils y font également un travail d'écriture de leurs pratiques. Laffitte explique que la formation est indissociable de la pratique dans la classe. Le pédagogue est quelqu'un en cours de formation qui met des choses en pratique dans sa classe et qui théorise sa pratique. Il y a donc une plasticité de la méthode pédagogique car elle est tributaire du contexte de la classe. Ce qui fait dire à Laffitte : « Former un apprenti à « faire la classe », c'est être capable de l'aider à « créer » sa classe » (2009, p. 64).

La formation est permanente grâce aussi aux monographies. L'instituteur écrit régulièrement ce qu'il voit, ce qu'il observe d'un enfant, ce qu'il dit, ses productions, etc. Il lit ensuite ses écrits à un groupe d'enseignants « initiés » à la Pédagogie Institutionnelle et qui la pratique eux-mêmes. Puis, il répond à toutes les questions même sur son ressenti. Ces temps de mise en mots des *désirs* permettent de mieux se connaître et ainsi de rester dans le champ professionnel vis-à-vis de la relation avec l'enfant. L'enseignant adapte alors sa posture en conséquence.



Fernand Oury regrette que le travail des instituteurs soit *jugé* par leurs inspecteurs alors qu'il devrait être analysé.

L'utilisation de la Pédagogie Institutionnelle s'est développée dans des classes ordinaires et dans l'éducation spécialisée pour des enfants avec des troubles du comportement ainsi que dans l'éducation surveillée concernant des enfants délinquants.

Vouloir pratiquer la Pédagogie Institutionnelle, ne revient pas seulement à appliquer une idéologie. C'est de suivre une direction...

#### III. 4. 1. 6. Une modélisation de la Pédagogie Institutionnelle : l'Atomium

L'Atomium, monument symbolisant l'exposition de Bruxelles, est constituée de plusieurs sphères toutes reliées les unes aux autres. L'ensemble trouve son équilibre par les liens unissant les boules. Si un lien est rompu ou si une boule est retirée, tout l'ensemble se disloque.

Imbert (2010, p. 179) relate les propos de Fernand Oury et Vasquez expliquant leur choix de l'image d'Atomium. Ils nomment élément chaque instance, matériel, moment, organisation, etc. Le lieu de la classe est la boule centrale. Nous imaginons alors chaque élément comme une petite boule toutes reliées entre elles. L'équilibre s'obtient et se maintient grâce à toutes les interactions. La Pédagogie Institutionnelle ne peut fonctionner que par cet équilibre.

#### **III. 4. 2. Conclusion : le mode thérapeutique et la PI, fomenter le désir d'apprendre**

La Pédagogie Institutionnelle est issue de la rencontre de la méthode Freinet avec la psychologie des groupes et la psychanalyse. Le concepteur Fernand Oury s'inspire beaucoup des travaux de Tosquelles qui applique la psychanalyse lacanienne aux soins en hospitalisation complète. La PI œuvre pour susciter le désir d'apprendre chez tous les enfants. Cela nécessite de prendre en considération leur inconscient, leurs petits ou gros problèmes afin qu'il soit reconnu en tant que personne ayant sa place dans le groupe. Grâce à la PI, chaque enfant fait l'expérience de la citoyenneté.

L'Atomium de la PI est en équilibre grâce au langage. Il est le lien entre tous les éléments. Il a un rôle fondamental dans l'intégration de l'enfant dans son milieu.

### III. 5. Conclusion : *L'Odyssée* du jeune soignant en psychiatrie

A l'instar d'Ulysse, affronter une crise en psychiatrie, apporte un enrichissement personnel. Elle sert de transition entre le novice et l'infirmier renommé. Elle l'aide à choisir sa filiation symbolique. Cependant, elle nous dévoile ce qui est étranger en nous. Elle fait surgir des choses « enfuies » dans notre inconscient. Nous comprenons mieux alors l'angoisse des nouveaux lors de la confrontation à une crise. Ils prennent connaissance d'une réalité dont ils n'avaient pas conscience sur eux-mêmes. Nos réunions d'analyse des pratiques en équipe, sont les chants de notre *Odyssée*. Les paroles qui y sont échangées, déposées, nous aident à mettre de la distance dans l'« intervalle » entre les faits et les ressentis.

Enfin, nous retrouvons la métaphore de la tempête dans l'explication d'une pathologie. En effet, pour comprendre ce qu'est la « bouffée délirante », des livres professionnels donnent souvent l'image d'un « coup de tonnerre dans un ciel serein » (Quevauvillers, Perlemuter et Michez, 1980, p. 48) et (Hanus et Louis, 2003, p. 80). Il y a bien la notion d'imprévisibilité et d'inconnu en même temps. Certes la logique d'établissement avec ses conduites à tenir, protections maternelles, aide les nouveaux à intervenir. Mais elle participe essentiellement à protéger le patient de lui-même et à sécuriser l'environnement. Alors que dans la logique institutionnelle, la créativité, la ruse d'un soignant expérimenté vont pouvoir contribuer en plus à l'apaisement du patient.

Cet infirmier sait utiliser à bon escient et au bon moment les logiques d'établissement et institutionnelle. Il sait faire appel à *La Métis* et attraper *Kairos* dans une situation de crise. Nous associons alors *Kairos* à la logique d'établissement car c'est le savoir qui permet de le reconnaître. *La Métis* est située plutôt dans la logique institutionnelle compte tenu de la part personnelle développée dans la ruse.

Mais le *kairos*, désignant la bonne action au bon moment, ne peut pas s'enseigner. Par conséquent, le jeune infirmier doit toujours apprendre par lui-même ce qui est de l'ordre de la logique d'établissement. Il a à s'approprier tout ce qui est connu, de l'histoire du patient aux prescriptions médicales sans oublier la nosographie<sup>9</sup> psychiatrique. C'est par l'acquisition permanente de connaissances qu'il va percevoir *Kairos*.

---

<sup>9</sup> Classification des maladies

L'accompagnement « initiatique » est totalement adapté pour une situation de crise. Grâce à une confiance réciproque entre l'expérimenté et le jeune soignant, ce dernier va pouvoir intervenir avec plus de sérénité. Il va moins se laisser contaminer par les émotions environnantes.

L'accompagnement « maïeutique » s'exerce en dehors de la crise. Le dialogue intergénérationnel peut avoir lieu lors des temps d'analyse des pratiques en dualité ou en équipe. Les échanges vont favoriser une confiance émancipatrice envers le jeune. Il va saisir des opportunités pour construire son expérience dans plusieurs domaines comme les entretiens infirmiers ou dans la gestion de situations avant le stade de crises.

Enfin, l'accompagnement « thérapeutique » s'adresse essentiellement au novice ou au soignant traversant une période de fragilité. Ce professionnel est donc dans une confiance d'abandon vis-à-vis de l'équipe.

A chaque fois, le langage tient une place prépondérante. Il aide le jeune à s'autonomiser dans les échanges avec les médecins, les patients et leurs familles. Si le jeune accepte de verbaliser son ressenti, plus vite le soignant expérimenté va l'accompagner vers la confiance réciproque.

L'apprentissage d'un jeune soignant ne peut donc se faire que par un accompagnement progressif d'un mode thérapeutique, puis d'un mode maïeutique pour enfin arriver au mode initiatique par un infirmier expérimenté. Toutefois, l'accompagnement ne semble pas suffisant pour fidéliser les nouveaux soignants en psychiatrie.

## IV. Reformulation de l'hypothèse

Dans l'accompagnement du jeune, l'environnement tient une place également très importante. Nous savons maintenant qu'un service de psychiatrie est composé de plusieurs logiques qui s'imbriquent et se complètent.

Les situations de travail en psychiatrie peuvent générer aussi bien du plaisir que des difficultés à surmonter. Résoudre des événements problématiques peut contribuer à renforcer le plaisir dans ce travail.

La psychiatrie a la particularité de solliciter notre inconscient. Le jeune soignant se découvre, apprend des choses sur lui. C'est aussi une épreuve qui doit être accompagnée. Cependant, le contexte familial du jeune reste également une part d'incertitude et non maîtrisable par l'établissement ou par un accompagnement.

Il existe donc de nombreuses zones d'incertitudes rendant complexe la fidélisation d'un jeune en psychiatrie. Sa décision de partir ou de s'investir semble dépendre d'un ensemble de forces qui s'opposent.

Nous pouvons modéliser ces zones d'incertitude sur un cadran où des forces décisionnelles sont mises en tension. Sur l'axe vertical, le plaisir se confronte à la difficulté. Sur l'axe horizontal, partir s'oppose à s'investir. Le point central, repère du cadran, correspond à la crise et sa grosseur dépend de son vécu. L'imprévisibilité, l'intensité et la fréquence sont des paramètres agissant comme coefficient de la grosseur du point central. Nous identifions alors quatre zones en tension les unes aux autres :

1. la partie supérieure gauche (PLAISIR/PARTIR) correspond à la *Sphère familiale et personnelle*. Nous posons le postulat que l'environnement social et géographique interfère dans la volonté de s'implanter ou de déménager. Mais elle contribue à générer du plaisir ;
2. la partie inférieure gauche (DIFFICULTES/PARTIR) *la Perte de sens dans le travail* influe considérablement dans la décision de partir ;
3. la partie supérieure droite (PLAISIR/RESTER) regroupe les forces qui contribuent au jeune à s'investir dans le métier. Avoir une marge de manœuvre dans la sécurité d'un accompagnement pour des prises en charge attentionnées est un maillon important dans ce que nous appelons *Logique institutionnelle* ;

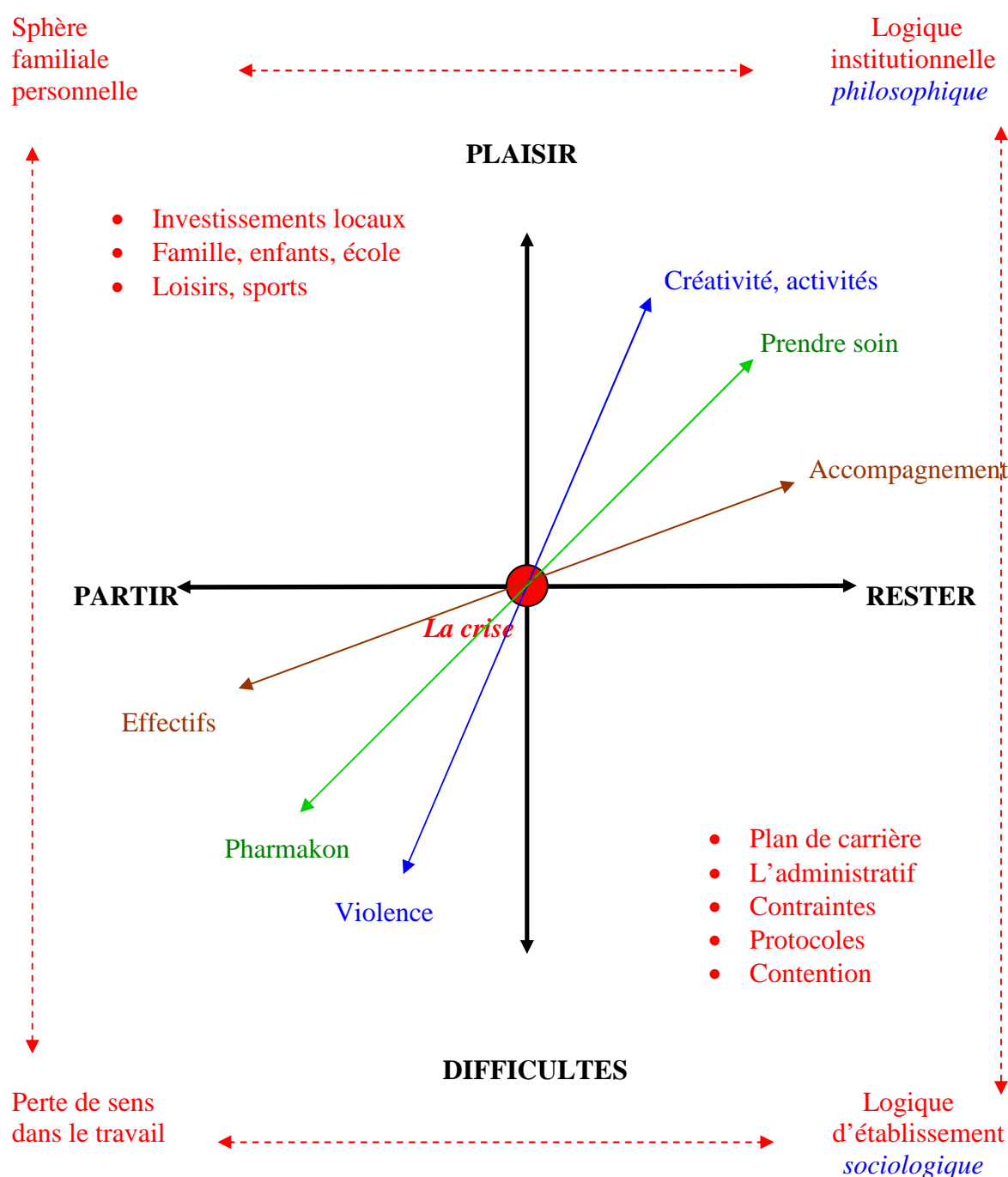
4. la partie inférieure droite (DIFFICULTES/RESTER) rassemble les tâches obligatoires ou imposées selon les circonstances qu'il subit à faire. Néanmoins, dans la difficulté, il y trouve quelques outils de réponses. C'est ce que nous définissons par *Logique d'établissement*.

Des zones s'opposent radicalement comme la *Logique institutionnelle* avec la *Perte de sens dans le travail*. D'autres se conjuguent pour augmenter ou diminuer leurs influences. Nous allons tenter d'en expliquer quelques unes :

- *Sphère familiale versus Perte de sens*, si le jeune soignant ne se réalise absolument pas dans son travail mais que sa vie sociale et familiale se développe convenablement, nous avons espoir de son maintien dans le service ou pour le moins dans l'établissement. En revanche, s'il est isolé ou que sa cellule familiale l'incite à partir, la *Sphère familiale* a une influence négative et s'ajoute à la *Perte de sens*. Plus rien ne le retient.
- *Perte de sens versus Logique d'établissement*, s'il ne perçoit que des difficultés dans la *Logique d'établissement*, il est évident que rien ne l'arrêtera. Toutefois, dans cette *Perte de sens*, il peut être momentanément sécurisé par des outils comme les procédures et les protocoles. Il développe alors des jeux d'acteur pour organiser son plan de carrière. Mais il risque de devenir ce *pharmakon* qu'il redoute.
- *Logique d'établissement versus Logique institutionnelle*, dans les établissements de santé les deux logiques sont présentes. Les deux contribuent au maintien du jeune soignant. La première par l'ambiance de travail, la seconde par les outils mis à disposition pour l'aider dans l'épreuve. Elles s'opposent par le sens donné au travail. L'un est imprégné d'une éthique de soins. L'autre est dans une attente d'actions tracées administrativement.
- *Sphère familiale versus Logique institutionnelle*, il peut y avoir une opposition si la famille n'arrive pas à s'intégrer dans le tissu social et/ou géographique. Une autre opposition à ne pas sous estimer est celle due à un surinvestissement du professionnel au détriment de sa famille. Il est nécessaire de préserver un équilibre entre les sphères familiale, personnelle et professionnelle. Si c'est le cas, elles se conjuguent pour favoriser le plaisir au travail.

- *Sphère familiale versus logique d'établissement*, les deux peuvent augmenter l'envie de partir si la famille ne se plaît pas dans l'environnement et si la prégnance de l'administratif engendre des difficultés. Si la *sphère familiale* est bien ancrée dans l'environnement, il peut éventuellement s'accommoder d'une *logique d'établissement* pas trop pesante.

Figure n° 8 Les forces en jeu dans l'investissement professionnel du jeune soignant



Nous savons qu'aujourd'hui, la logique d'établissement écrase la logique institutionnelle. Les dispositifs de gestion des risques et de la qualité dans les établissements de santé communiquent des informations les plus claires possibles sur des protocoles à suivre. L'inconnu et l'imprévisibilité d'une crise ne peuvent exister et donc ne peuvent être envisagés. Pourtant, elle existe et met en difficulté pas seulement les jeunes soignants. Nous confirmons notre préoccupation actuelle :

**L'accompagnement des jeunes soignants en psychiatrie a pour vocation de les autonomiser dans un fonctionnement de logique d'établissement.**

Or, plusieurs niveaux d'accompagnement semblent nécessaires pour tendre vers une confiance réciproque entre les membres d'une équipe. Alors la confrontation à une situation de crise peut être envisagée avec moins d'appréhension. Mais cela ne peut se faire que si un rééquilibrage entre logique d'établissement et logique institutionnelle s'opère.

Nous formulons alors l'hypothèse :

**La fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie s'effectue grâce à un accompagnement construisant une confiance réciproque dans l'équipe dans un fonctionnement permettant à la logique institutionnelle de se développer.**

## **V. A l'épreuve de l'enquête de terrain**

### **V. 1. La méthodologie employée**

#### **V. 1. 1. Le choix de la méthode**

La confrontation de notre hypothèse au terrain, s'effectue par une méthode d'entretien semi directif. La parole advient librement et celui qui mène l'entretien en garde le contrôle. Ce choix repose sur notre expérience professionnelle. La menée habituelle d'entretiens nous assure une certaine disposition dans l'écoute et la relance dans cet exercice individuel.

#### **V. 1. 2. La population cible**

La fidélisation des jeunes soignants est la thématique principale de notre recherche. Nous orientons alors le choix des personnes enquêtées vers une population d'infirmiers (ères) qui ont entre quelques mois et éventuellement très peu d'années d'expérience en psychiatrie. Nous ciblons plus précisément des professionnels ayant vécu des situations difficiles avec des patients.

Pour plus d'objectivité scientifique, nous contactons deux centres hospitaliers. Pris par le temps, nous demandons aussi à notre directeur des soins l'autorisation de mener des entretiens. Dans notre lettre<sup>10</sup>, nous relatons le thème de la fidélisation en précisant l'importance du vécu d'une situation de crise comme élément déclencheur du départ ou au contraire favorisant l'investissement. Nous évoquons l'orientation de notre hypothèse vers l'accompagnement et la confiance. Le guide d'entretien<sup>11</sup> leur est fourni en pièce jointe avec toutes les garanties d'anonymat. Avec ses éléments, nous leur laissons choisir les personnes à interviewer.

#### **V. 1. 3. Le guide d'entretien**

Nous articulons la construction du guide d'entretien en plusieurs parties. La première concerne l'intégration du jeune infirmier, des conditions de son arrivée à aujourd'hui. Nous prévoyons d'explorer toutes les aides évoquées. Un questionnement sur le fonctionnement de l'unité nous renseigne sur la charge de travail ainsi que la présence d'autres aides

---

<sup>10</sup> Voir Annexes p. 180

<sup>11</sup> Voir Annexes p. 178



possibles. Le guide se poursuit par l'évocation de ce que nous définissons par Réel de la folie (Rambaud, 2011). Nous enchaînons par le vécu d'une crise. Nous orientons les questions pour obtenir des éléments factuels et ressentis par le novice. Nous explorons tout ce qui concerne l'aide et la participation de l'interviewé à la gestion de la situation. Savoir ce qu'il aurait souhaité comme soutien peut nous donner des pistes pour des propositions d'actions. Enfin, nous revenons sur son intégration actuelle pour repérer son investissement.

La recherche d'informations sur l'accompagnement reçu ou attendu par l'interviewé est en filigrane. Il en est de même pour la confiance. Les mots accompagnement et confiance ne sont pas énoncés directement pour éviter d'orienter les réponses. En revanche, s'ils sont exprimés par la personne, nous saisissons l'opportunité pour relancer sur ce sujet. La charge de travail et la marge de manœuvre nous renseignent sur la prégnance des deux logiques.

Nous savons que, dans un entretien, des mots peuvent avoir une signification plus importante que d'autres. Nous en avons déjà identifiés un certain nombre dans notre guide. Mais, une écoute attentive et une observation de la personne nous indiquent le poids que l'interviewé accorde plus particulièrement à certains mots. Le cas échéant, nous demandons alors un complément d'informations autour de ce mot clé.

La première rencontre nous sert à finaliser le guide d'entretien.

#### **V. 1. 4. L'organisation des entretiens**

Lors des prises de rendez-vous avec les personnes, nous évoquons comme thème de notre recherche : les jeunes infirmiers et les situations de crises. Pour le premier, le mot fidélisation est annoncé. Nous préférons ne plus le dire dès le second entretien pour éviter d'orienter les réponses. Nous délimitons l'entretien à une heure au maximum. Nous insistons sur l'anonymat de tous les noms propres cités en rappelant l'exigence de leur mémoire de fin d'études d'infirmière.

Ce premier contact est primordial. Notre objectif est de mettre en confiance la personne.

Les entretiens ont lieu dans une salle du service du jeune avec l'assurance de ne pas être dérangés par le téléphone ou par le bruit. Une attention est portée pour que l'entretien se déroule dans un certain confort (luminosité, bouteille d'eau, ...). Pour que la personne se sente plus à l'aise, nous évitons le face à face. Pour cela, nous l'invitons à s'asseoir la première, puis nous prenons place sur le côté perpendiculaire de la table. Les verres d'eau remplis, nous déposons le dictaphone sur la table.

La première question invite la personne à se présenter. C'est le moment où s'établit la « rencontre ». S'intéresser à l'histoire professionnelle du jeune infirmier en psychiatrie, même si elle est encore courte, contribue à le mettre à l'aise pour la suite de l'entretien. Parfois, en évoquant un vécu douloureux, l'interviewé laisse aller ses émotions. Nous arborons alors une attitude d'apaisement et de soutien. Le cas échéant, nous recherchons la réalisation d'une action pour faire un renforcement positif.

L'entretien terminé, quelques mots sont échangés sur le vécu de ce temps passé ensemble.

#### **V. 1. 5. La retranscription**

Les interviewés sont prénommés différemment et par ordre alphabétique. Notre question est écrite en italique et la réponse en corps de texte normal. Les interactions sont identifiées d'une part par l'initiale de la personne en minuscule pour nous et en majuscule pour l'interviewé. D'autre part, les interactions sont numérotées. Par exemple :

*c 2- C'était un choix personnel ?*

C 2- C'est ...

Correspond à la deuxième interaction de l'entretien de Caroline. Toutes les lignes retranscrites sont numérotées dans la marge pour faciliter la recherche dans l'entretien. À la ligne 81, Benoît nous dit dans la douzième interaction :

81 sachant pas sa pathologie ...

L'utilisation de codes traduit plus explicitement ce que nous entendons. Ainsi, les ... signifient un petit temps de silence. S'il se prolonge, nous écrivons (silence). Nous écrivons entre parenthèses ce que nous observons de significatif, par exemple (larmes aux yeux) indique que nous observons que les yeux de l'interviewé se remplissent de larmes. Le point d'exclamation traduit une ponctuation appuyée de l'interviewé. Un dialogue relaté par la personne est retranscrit entre guillemets.

L'anonymat de tous les noms propres est respecté. Le nom des personnes, des villes ou des unités de soins est retranscrit par trois lettres en capital. Par exemple, Dorothée travaille dans le centre hospitalier de ZZZ. Dorénavant, le nom de la ville est identifié par ZZZ.

#### **V. 1. 6. La méthode d'analyse**

Des ouvrages (Quivy et Van Campenhout, 1995) et (Bardin, 1977) nous servent de base pour construire notre méthodologie d'analyse. L'entretien nous a permis d'élargir les orientations sur les thèmes proposés. La difficulté réside dans l'analyse de la quantité d'informations récoltées. Nous choisissons de faire une analyse qualitative. Pour notre

recherche, l'analyse quantitative ne semble pas pertinente. Un entonnoir à deux filtres est l'image de notre méthodologie.

Nous commençons par une analyse linéaire de chaque entretien. Un premier filtre donne ainsi des informations individuelles sur nos thèmes de départ. Ensuite, nous analysons de façon transversale ce que nous dit chaque soignant sur ce thème. Par ce deuxième filtre, nous en réalisons une synthèse regroupant toutes les données importantes. Nous en généralisons alors l'appropriation au jeune soignant type. Enfin, toutes ces synthèses nous servent à comparer la fidélisation du jeune soignant avec notre hypothèse.

Plusieurs relectures de la retranscription de l'entretien nous guident dans le repérage des différents accompagnements, confiances et logiques.

#### V. 1. 6. 1. Le premier filtre

La première opération consiste à identifier tous les thèmes et les sous thèmes s'y rapportant. Nous construisons un tableau à six colonnes appelé « tableaux d'analyse »<sup>12</sup>. La colonne de gauche indique les numéros des lignes des entretiens retranscrits. La seconde colonne, appelée corpus, reprend intégralement la partie de l'entretien comprenant l'idée exprimée. La troisième identifie l'unité de sens de l'idée exprimée. Elle est écrite comme cela : « (...) unité de sens (...) ». Un mot peut suffire pour l'unité de sens. Parfois, un groupe de mots voire la phrase entière est utilisée. La priorité est donnée à l'idée. Nous faisons abstraction des répétitions sauf si elles prennent une signification particulière. La quatrième colonne répertorie les thèmes. Ceux écrits en bleu représentent les thèmes imposés par nos questions. Les autres appartiennent au discours de la personne. Dans la colonne suivante, les sous thèmes précisent le thème. Ils sont aussi l'émergence d'idées se rattachant au thème développé. Nous déterminons des suites logiques, c'est-à-dire des inférences, aux propos tenus. Par exemple, Dorothée nous parle d'un projet :

342	Voilà. Et toute l'équipe est derrière et là, c'est bon, ça marche.	« (...) toute l'équipe est derrière et là, c'est bon, ça marche (...) »	<b>Cohésion d'équipe</b>	Réussite du projet
-----	--	---	--------------------------	--------------------

Toute la phrase est l'unité de sens qui insiste sur la cohésion d'équipe. C'est le thème central de la phrase. Nous percevons indirectement une réussite au projet que nous classons

<sup>12</sup> Voir Annexes p. 230

en thème. La dernière colonne, appelée « Commentaires » argumente notre choix du thème et du sous thème. Nous amorçons alors notre analyse. Le cas échéant, nous notons en rouge un lien avec un des accompagnements, avec une des trois confiances ou une des logiques. Pour continuer sur l'exemple de la phrase de Dorothée, nous écrivons dans la dernière colonne :

Elle insiste sur la cohésion de l'équipe pour la réussite d'un projet. <b>Confiance réciproque</b>
--

De ces tableaux, nous dressons une analyse linéaire pour chaque entretien. Nous commençons par une présentation succincte de la personne. Puis l'analyse est articulée en deux parties. Dans la première qui concerne toute l'intégration, nous reprenons individuellement les thèmes de notre guide d'entretien. :

- L'accueil
- L'aide reçue
- L'aide souhaitée
- L'expression de son ressenti
- La confrontation au Réel de la folie
- La marge de manœuvre
- L'investissement
- Le point de rupture
- La fidélisation à la psychiatrie

L'analyse est parfois appuyée par les propos de l'interviewé. La citation est séparée du texte d'analyse. Elle est identifiée par le numéro de l'interaction et le numéro des lignes. La citation peut être coupée et la partie manquante est remplacée par [...]. Toutefois, lorsqu'elle est courte, elle reste dans le corps du texte, écrite de cette manière : « Et on y va » : (D 58- L 285).

La deuxième partie de l'analyse est appelée « des accompagnements, des confiances et des logiques ». Elle reprend les points de notre hypothèse :

- L'accompagnement initiatique
- L'accompagnement maïeutique
- L'accompagnement thérapeutique
- La confiance abandon
- La confiance émancipatrice
- La confiance réciproque

- La logique d'établissement
- La logique institutionnelle
- La logique d'Institution

Nous repartons de nos indications en rouge dans le tableau. Nos inférences découlent des thèmes et sous thèmes y afférant. Ainsi, toujours avec l'exemple de Dorothée :

« Le fait de lui signifier qu'on a confiance en elle, l'aide à se surpasser (**confiance émancipatrice**) »<sup>13</sup>.

Nous réalisons une synthèse individuelle pour chaque thème.

#### V. 1. 6. 2. Le deuxième filtre

Un deuxième tableau<sup>14</sup>, appelé « tableau d'analyse transversale des entretiens », nous aide à dresser une analyse transversale pour chaque thème. Il est construit à partir de quatre colonnes : l'identification du thème à droite puis, les synthèses de chaque interviewé concernant le thème. Juste en dessous, une ligne contient la synthèse générale reprenant toutes les idées énoncées dans les différentes synthèses. Nous attribuons cette synthèse générale à un jeune infirmier qui serait représentatif. Prenons l'exemple du thème de « l'investissement » :

Thèmes	Benoît	Caroline	Dorothée
<b>L'investissement</b>	Son investissement est lié à sa possibilité de mises en place d'activités.	Son investissement réside dans la possibilité de mettre en place des activités qu'elle apprécie sur le plan personnel.	L'investissement se traduit chez Dorothée par l'élaboration d'un projet conséquent pour un patient.
<b>Synthèse</b>	L'investissement est tributaire des possibilités d'initiatives notamment en matière d'activités. Avec un peu d'expérience, l'investissement s'oriente vers des projets individualisés pour les patients.		

#### V. 1. 7. Une critique réflexive

Nous recevons une seule réponse positive de nos demandes envoyées aux centres hospitaliers. Nous effectuons alors six entretiens dans notre service, répartis dans plusieurs unités de soins et un auprès d'une jeune infirmière d'un service de psychiatrie d'un département voisin. Les cadres de santé des unités nous orientent vers les personnes à rencontrer. La durée des entretiens est d'une heure environ. Le premier, en accord avec l'interviewé, sert à finaliser notre guide pour les futurs entretiens. La retranscription

<sup>13</sup> Voir Tableau d'analyse d'entretien Dorothée p. 338

<sup>14</sup> Voir Tableau d'analyse transversale des entretiens p. 347

s'effectue chronologiquement ainsi que l'attribution du nouveau prénom pour respecter l'anonymat.

La retranscription des sept entretiens nous prend énormément de temps. Notre volonté initiale d'appuyer la recherche sur un ensemble conséquent de données se réduit après le temps passé à exploiter les trois premiers entretiens, excepté le tout premier comme convenu. Suite à notre orientation de faire une analyse plutôt qualitative que quantitative, nous décidons alors d'utiliser que ces trois entretiens.

Nous choisissons le plus significatif des trois restants pour le confronter aux mots clés de notre hypothèse finale.

La durée des entretiens est souvent trop longue par rapport à la recherche de données. Mais, l'évocation du vécu d'une situation de crise chez un jeune soignant réveille parfois des émotions douloureuses. Nous prenons alors le temps d'un accompagnement thérapeutique nécessaire pour apaiser la personne. Par ailleurs, pour une meilleure compréhension contextuelle, nous questionnons aussi sur la composition de l'équipe et sur le fonctionnement de l'unité. Lors de la retranscription, nous repérons des relances qui servent uniquement de réponses à notre curiosité mais qui n'ont pas forcément un intérêt pour la recherche.

Nous sommes conscient du nombre restreint d'entretiens qui relativisent les résultats. Toutefois, l'exploitation qualitative nous réoriente vers un compagnonnage qui se confirme avec le quatrième entretien.

## **V. 2. L'analyse des données**

### **V. 2. 1. Benoît : de la clinique institutionnelle à l'hôpital**

Benoît est un jeune homme de 29 ans au physique imposant. Il est infirmier depuis novembre 2012 et a intégré l'établissement actuel début janvier 2013. Auparavant, il travaillait déjà dans le paramédical. Durant sa formation infirmière, il effectue des stages en cliniques de psychothérapie institutionnelle. Il est embauché dans l'une d'elles de juillet à novembre 2012 comme aide soignant, puis en tant qu'infirmier dès l'obtention de son diplôme fin novembre. Il intègre le service public en venant travailler dans un service de psychiatrie d'un centre hospitalier au mois de janvier.

### V. 2. 1. 1. L'intégration

#### ❖ L'accueil

Nous sentons une gêne pour parler de ses intégrations. Nous l'orientons vers l'accueil et l'aide qu'il a pu recevoir. Il commence par évoquer sa prise de poste dans la clinique. Il insiste beaucoup sur l'accueil qui lui a manqué. Suite au stage effectué qui s'est très bien passé, l'équipe ne l'accueille pas une deuxième fois. Il connaît les lieux, le fonctionnement et l'ensemble du personnel. Il ressent alors un manque de considération de la part de l'équipe.

Il associe la prise de poste à une rupture. Dans un fonctionnement institutionnel, tout le personnel non médical est moniteur. Pourtant, ses débuts en tant qu'infirmier sont encore plus difficiles car il passe brutalement d'aide soignant à infirmier. Il occupe le poste d'infirmier de nuit où il est seul avec deux aides soignants. Les premières nuits, la responsabilité lui paraît lourde au point d'appeler plusieurs fois le médecin de garde sans qu'il y ait de problème. Dans les interactions, les évocations de stress, de responsabilité sont récurrentes. Il décrit une rupture brutale de fonction sans avoir bénéficié d'une aide explicative alors que la charge de travail est importante. Il n'a pas reçu une réassurance nécessaire lors de sa prise de poste. Il remplace des infirmiers absents et n'a donc pas d'affectation à un poste précis. Sa place est difficile à trouver dans l'équipe.

L'accueil dans sa nouvelle unité est également difficile. Le fonctionnement est radicalement différent et il est inexpérimenté pour ces nouvelles prises en charge. L'équipe est composée de plusieurs nouveaux infirmiers dont certains y sont déjà venus en stage. Il ressent alors une différence dans la considération de l'équipe envers les jeunes infirmiers connus et inconnus. Il ne se sent pas suffisamment aidé.

Plus loin dans l'entretien, il tempore pour se contenir par rapport à l'accueil qui lui a fait défaut. Nous évitons de faire advenir cette émotion et nous réorientons la discussion vers la spécificité de la psychiatrie.

Synthèse : A chaque fois, il regrette de ne pas avoir bénéficié d'un accueil dans sa nouvelle fonction qu'il ne maîtrise pas. Il a la sensation de ne pas avoir sa place. Il en perçoit une différente des autres nouveaux collègues qui, eux, connaissaient déjà les lieux.

#### ❖ L'aide reçue

La Clinique lui fait confiance pour son travail dans les diverses prises en charge de la vie quotidienne. Mais les médecins sont réticents sur la consultation des dossiers médicaux par

le personnel paramédical. Il ne connaît pas la pathologie des patients. Dans les activités quotidiennes, il est dans l'inconnu concernant la pathologie ou les réactions des patients. Il regrette alors l'absence d'apprentissage théorique. Toutefois, dans ce fonctionnement, il a une grande marge de manœuvre où l'initiative est favorisée par une confiance mutuelle au sein du personnel. Si un moniteur préconise une prise en charge, un collègue peut la faire à sa place. L'incidence de leur travail sur le comportement des patients est réévaluée en équipe.

Malgré un accompagnement organisé (présence d'une commission) dans la clinique, les nouveaux (employés et stagiaires) sont laissés en autonomie. Ils créent alors eux-mêmes leur soutien en s'aidant les uns les autres.

Il relate une rupture entre le comportement des patients dans la Clinique institutionnelle et ceux de sa nouvelle unité. Il n'a pas été contraint d'utiliser la force physique dans la Clinique alors que maintenant il est amené à maîtriser physiquement les patients. Mise à part l'aide pour améliorer ses prises physiques, il regrette qu'on ne lui ait pas expliqué les prises en charge adaptées à un service fermé.

Il confirme que l'aide apportée aux nouveaux ne repose que sur le volontariat d'infirmiers et que rien n'est structuré.

Synthèse : Dans son unité actuelle, l'aide reçue est dirigée vers une amélioration de la maîtrise physique, compétence nécessaire dans cette unité.

#### ❖ L'aide souhaitée

Dans la clinique, il aurait souhaité davantage de temps avant d'« être lâché » dit-il, et d'assumer la responsabilité d'un travail qu'il ne maîtrisait pas. Un apport théorique en lien avec les patients lui est nécessaire. Il souhaite qu'on lui montre tous les outils du service, tout ce qui existe « de A à Z » dit-il (B 21- L 149), pour ne pas être démuné. Il reste en difficulté pour prendre la décision du passage à la contention physique. Il insiste sur le fait qu'il n'a jamais maîtrisé physiquement un patient en clinique. Il ne sait pas encore comment il pourrait éviter de le faire aujourd'hui dans une situation de crise.

Il pense que l'équipe uniformise son accueil pour tous les nouveaux arrivants. Il regrette qu'elle ne tienne pas en compte les différences entre ceux qui connaissent le service grâce aux stages effectués précédemment et les autres pour qui tout est inconnu. Il souhaite alors une prise en charge individualisée pour chaque nouvel infirmier.



Concernant sa confrontation aux situations de crise, il regrette de n'avoir pas pu suivre une formation, pourtant prévue, pour remplacer un collègue malade. A noter, la lecture de ses propos souligne, peut-être, insidieusement une souffrance : « j'ai mal » :

B 34- L 238 à 240 : « (...) je devais faire une formation et je pense qu'elle m'aurait beaucoup apportée ... j'ai mal, elle a été annulée au dernier moment pour remplacer un arrêt maladie malheureusement (...) »

Il souhaite obtenir des acquisitions sur les pathologies et la symptomatologie qui l'aiderait dans ses prises en charge et dans son travail quotidien. Il attend de faire la prochaine session de la formation « la consolidation des savoirs en psychiatrie ».

Synthèse : Dans les postes qu'il a occupés, il a été en manque d'outils proposés par les équipes afin de s'autonomiser plus rapidement.

#### ❖ L'expression de son ressenti

L'équipe lui laisse la possibilité, de façon informelle, d'évoquer son ressenti. Elle le responsabilise de faire appel s'il en a besoin. Il préfère révéler ses difficultés en individuel à la personne en qui il a confiance. Ce collègue prend beaucoup de plaisir à accompagner les jeunes dans ce métier. Il « joue » avec *Kairos et Métis* pour trouver le moment opportun pour son accompagnement sans gêner le fonctionnement du service. Mais la charge de travail lui impose de ruser pour obtenir le temps nécessaire de cet accompagnement. Toutefois, il lui est plus facile de parler de son ressenti avec quelqu'un qui partage son vécu notamment sur la différence faite par l'équipe concernant les nouveaux infirmiers.

Il associe le mot action à une situation difficile voire de crise ou peut-être simplement au Réel de la folie. Cela se traduit notamment par toutes les hésitations. Dans son discours, la crise est toujours conjointe à l'intervention physique et donc l'action lui empêche d'avoir un recul sur la situation. Le débriefing sur la gestion d'une crise, avec le collègue accompagnateur, est dirigé sur les techniques de contentions corporelles. Il nous dit que la crise d'un patient se gère par la maîtrise du corps.

Plus loin dans l'entretien, nous revenons sur le ressenti de son accueil dans la clinique institutionnelle. Nous percevons l'importance d'une confiance. Il avait fait ses preuves quand il était stagiaire et donc il relate clairement que ses collègues avaient confiance en lui :

B 36- L 260 à 261 : « (...) les collègues avaient effectivement confiance en moi ... et connaissaient mes capacités ... professionnelles et personnelles ... ça rassure beaucoup ... effectivement (...) »

A deux reprises, concernant le thème de la confiance, Benoît parle de lui. A chaque fois, nous redirigeons l'entretien sur le champ professionnel. Il semble avoir vécu une expérience douloureuse lorsqu'il était étudiant lors d'un stage. Nous préférons rester sur le côté positif actuel. Il n'est pas déçu de la confiance donnée à son collègue accompagnateur.

Synthèse : Il subit le paradoxe de l'aide offerte. C'est à lui de la solliciter mais il est alors tributaire du bon vouloir de son accompagnateur et du temps qu'il peut se procurer. Il reconnaît stresser lorsqu'il a la responsabilité d'actes à réaliser qu'il ne maîtrise pas totalement. Il perçoit un côté *pharmakon* dans la contention physique.

#### ❖ La confrontation au Réel de la folie

A l'évocation d'une situation compliquée ou d'une crise, les hésitations expriment un certain malaise. Il évoque qu'il a été dérouté et impressionné par la pathologie psychiatrique qu'il a rencontré en clinique institutionnelle. Mais un changement radical est exprimé avec ce qu'il vit dans sa nouvelle unité. Il associe dorénavant la maladie psychiatrique aux situations de crise. Il est intéressant de relever le fait qu'il emploie le mot « victimes » :

B 32- L 228 à 230 : « (...) C'est-à-dire c'est des patients qui sont pas stables pour la plupart, qui sont, qui, qui sont victimes de beaucoup de crises ... et c'est vrai que ça, je ne connaissais pas ... cette facette de la maladie psychiatrique (...) »

L'emploi du mot « victimes » signifie que les patients subissent les crises. Mais alors de qui ? Du fonctionnement de l'unité ?

Il semble qu'il prenne conscience de quelque chose. Il temporise un peu :

B 33- L 232 à 236 : « (...) (il boit un verre d'eau) Excusez-moi. Je trouve ça très intéressant euh... voilà, je découvre une nouvelle facette comme je dis ... donc euh... là dessus je me sens pas plus mal à l'aise que les autres facettes de la maladie ... c'est juste, je pense que c'est un petit peu plus difficile euh... aux premiers abords à ... à maîtriser, à prendre en charge ... cette facette (...) »

Tout en parlant, il découvre le côté *pharmakon* de son unité. Nous pourrions même déceler une certaine ironie. Lui aussi est victime en étant contraint de maîtriser physiquement le patient.

Synthèse : Dans la clinique, il doit affronter l'inconnu des troubles psychiatriques sans obtenir des informations théoriques. Actuellement, où il travaille, il est interpellé par la contention physique comme réponse aux symptômes.

❖ La marge de manœuvre

La marge de manœuvre et l'improvisation étaient très importantes dans la clinique institutionnelle. Aujourd'hui, elles sont beaucoup plus réduites dans cette unité. Les mots « certainement » et « mais euh... » impliquent une hésitation sur sa réelle possibilité d'initiative :

B 41- L 289 à 290 : « (...) Euh... elle est certainement plus restreinte ... cette marge de manœuvre. Je l'ai ... heureusement, mais euh... (...) »

Il explique alors la nécessité de prendre le temps que la confiance s'installe avant de pouvoir s'émanciper.

Il enchaîne sur le fonctionnement institutionnel où il a été mis tout de suite à l'épreuve de l'inconnu :

B 43- L 300 à 305 : « (...) lâché, lâché à nous-mêmes, c'est-à-dire livré à nous-mêmes [...] dès le premier jour, comme ça on est livré un peu à nous-mêmes ... où c'est à nous de trouver notre place ... parmi l'institution (...) »

Il évoque une émancipation sans préparation au préalable.

Il ne s'autorise aucune initiative tant qu'il ne sera pas intégré totalement au service :

B 46- L 330 à 331 : « (...) J'ai quelques projets en ... en tête, mais, mais euh... je m'adonne à vraiment être intégré à tous les, les fonctionnements du service (...) »

Nous pouvons comprendre sa réticence de deux manières : soit il veut d'abord tout connaître sur le fonctionnement du service avant de prendre une initiative ; soit le verbe « être intégré », indiquant une forme passive, l'incite à attendre l'obtention de la confiance du service pour prendre des initiatives. Alors se pose la question : comment faire ses preuves pour accélérer la confiance du service ?

Le cadre de l'unité a confiance en lui pour assurer la responsabilité de l'identito-vigilance<sup>15</sup> au sein du pavillon de soins. Par cette mission, il trouve un sens à une partie de ses

---

<sup>15</sup> L'Identito-vigilance est un critère très important dans la certification des centres hospitaliers. Elle consiste à sécuriser les soins d'un patient qui nécessiterait plusieurs prises en charge, par exemple que c'est bien le bon patient qui a été opéré d'une appendicite ou que c'était bien lui qui devait avoir cet examen radiologique.

apprentissages acquis durant la formation. Il est satisfait et pourtant il apporte une nuance que nous pouvons interpréter :

B 48- L 341 à 342 : « (...) c'est ... pour l'instant j'en suis content. Bon c'est pas encore ... mais euh notamment voilà (...) »

Soit la mission n'est pas encore effective alors qu'elle est très importante, la confiance donnée au cadre est alors en jeu. Soit ce n'est qu'un détail par rapport à toutes les acquisitions qu'il pourrait utiliser.

Synthèse : Il avait beaucoup plus de possibilités d'initiatives dans la clinique. Aujourd'hui, cela semble être en fonction de son intégration dans l'unité.

#### ❖ L'investissement

A l'évocation de ses souhaits dans son unité actuelle, il revient à son expérience dans la clinique. Il dit que dans un fonctionnement institutionnel, le soignant utilise ses capacités et ses valeurs personnelles pour soigner. Il prend plaisir à partager ce qu'il aime, à s'en servir dans le soin. Il insiste sur sa préférence à sortir les patients, nous laissant comprendre : plutôt que ... les maîtriser physiquement dans une unité fermée. En effet, il ne sait pas encore comment contourner le frein du fonctionnement actuel :

B 49- L 351 : « (...) je sais pas encore comment je peux mettre ça en place (...) »

Il existe pourtant des activités de sorties dans sa nouvelle unité ... fermée.

Synthèse : Son investissement est lié à sa possibilité de mises en place d'activités.

#### ❖ Le point de rupture dans la fidélisation

Actuellement, il envisage de poursuivre sa carrière en psychiatrie. Toutefois, malgré sa patience, les crises le mettent en difficulté. Leur gestion lui pose encore plus de problème car il oppose la contention physique actuelle avec une prise en charge par la parole dans la clinique institutionnelle. Il finit par laisser entrevoir que si cela se prolongeait, cela pourrait être un point de rupture.

Dans cette unité, ils essaient pourtant d'apaiser les patients en discutant avec eux. Néanmoins, ils ont à faire de la contention physique parfois pour se défendre. Mais les patients les agressent peut-être pour eux-mêmes se protéger. Il a dit précédemment que les patients étaient victimes des crises...

Il ne peut admettre que la maîtrise physique soit considérée comme un soin. Il conçoit qu'on peut attendre de lui l'utilisation de son physique. L'unité a confiance en lui en cas de besoin. Et il a confiance en l'équipe sur sa volonté d'utiliser ses autres capacités.

Synthèse : Sa limite se situe au moment où il ne sera qu'un *pharmakon* par la contention physique.

#### ❖ La fidélisation à la psychiatrie

Sa sphère personnelle pourrait influencer sur sa décision. En effet, le comportement des patients en demande d'activités le feraient saturer et donc il finirait par quitter la spécialité. De plus, il n'est pas implanté géographiquement. Toutefois, il exprime encore clairement son choix de venir dans cet établissement alors qu'il avait une clinique institutionnelle plus près de chez lui.

Synthèse : Jeune diplômé, il poursuit sa construction professionnelle. Il n'est pas encore prêt à quitter sa filiation « maternelle » infirmière. Mais sa filiation « paternelle » semble être du côté de la psychothérapie institutionnelle.

### V. 2. 1. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques

#### ❖ L'accompagnement initiatique

Dans la clinique, il prend en charge des patients dont il n'a aucune information :

B 10- L 67 à 69 : « (...) il est vrai que euh... qu'en institution ... il y a pas beaucoup d'apports de connaissances de clinique pure ... en ce qui concerne la pathologie. On prend la personne telle qu'elle est et ... on la prend en charge (...) »

Il apprécie beaucoup la nécessité d'improviser la manière dont il va concevoir ses prises en charge. La collaboration de l'équipe auparavant semble le rassurer :

B 16- L 107 à 108 : « (...) on en parle en équipe au minimum avant, quand même, mais souvent l'initiative est prise ... individuellement (...) »

Toutefois, la clinique lui fait subir l'épreuve de l'inconnu. Il se sent « lâché » (B 43- L 300) et « livré à nous-mêmes » (B 43- L 301). C'est à lui de se faire une place. Malgré cette épreuve inconfortable, il reconnaît que ce fonctionnement permet de mieux connaître son for intérieur :

B 44- L 312 à 315 : « (...) alors, c'est très déroutant [...] au départ mais euh... c'est aussi une très, très bonne manière de ... de découvrir nos capacités dans, dans ce genre de lieu, de découvrir euh qu'est-ce qu'on veut faire dans l'institution [...] et [...] où est-ce qu'on peut se placer (...) »

Dans son unité actuelle, l'accompagnement initiatique est difficile notamment pendant la contention physique :

B 25- L 181 à 183 : « (...) certains essaient, oui ... dans le feu de l'action de ... mais c'est quand même beaucoup plus compliqué [...] il faut réagir souvent le plus rapidement possible, dans l'immédiateté. Donc c'est souvent plus difficile (...) »

Synthèse : Benoît décrit parfaitement la part d'inconnu dans le travail en institution. Il ne connaît ni les patients ni leur pathologie. La possibilité d'initiatives lui procure du plaisir. Il se découvre de nouvelles capacités.

#### ❖ L'accompagnement maïeutique

Nous percevons chez lui le besoin de cette aide quand il est de nuit dans la clinique. Des échanges autour des médicaments l'auraient rassuré. Il évoque des discussions d'évaluations en équipe dans les deux endroits.

Dans sa nouvelle équipe, il bénéficie d'un accompagnement maïeutique. Il apprécie de révéler ses difficultés et son ressenti en individuel. Mais, il regrette sa non formalisation par manque de temps.

B 23- L 166 à 172 : « (...) Les moments qu'on peut en parler [...] c'est ... quand je suis avec une seule personne ... en face de moi et c'est entre quatre yeux qu'on en parle quand on a un peu de temps [...] c'est des entretiens enfin c'est des ... des dialogues officieux. Il n'y a pas de temps vraiment défini pour ce genre de chose et c'est euh... quand on a le temps et quand on se sent d'en parler avec la personne qui est aussi en face de nous parce qu'on a des affinités avec chacun et ... on se sent plus à l'aise d'en parler avec certains que d'autres (...) »

De plus, il est tributaire de la démarche volontaire de l'infirmier accompagnateur. Il révèle néanmoins se sentir mieux soutenu que dans l'institution.

Les temps de réunion en équipe servent exclusivement pour l'amélioration des techniques de contention.

Synthèse : Il a besoin d'un accompagnement maïeutique pour évoquer ses difficultés. Cela ne peut se faire qu'avec une personne pour qui il partage une certaine affinité.

#### ❖ L'accompagnement thérapeutique

Dès sa première prise de fonction, dans la clinique, il arrive en néophyte. Mais il ne reçoit aucune information dont il a pourtant besoin :

B 4- L 22 à 24 : « (...) je n'ai pas reçu de euh... à proprement parler de euh... euh... hum... on va dire euh d'accueil de, de nouveau, comme un nouveau quoi (...) »

Il travaille tout de suite de nuit où il est le seul infirmier. C'est une responsabilité qui le stresse. Sans les connaître, il prépare tous les médicaments de la journée pour les soixante patients. Au début, la responsabilité lui semble lourde au point d'appeler plusieurs fois le médecin sans qu'il y ait de problème :

B 6- L 46 « (...) j'ai préféré appeler le médecin [...] pour être sûr de moi (...) »

Le regroupement des nouveaux assure cet accompagnement thérapeutique pour prendre soin de l'ensemble du groupe.

Dans sa nouvelle unité, aujourd'hui, il se retrouve dans un manque d'informations similaire :

B 20- L 139 à 141 : « (...) on m'a pas expliqué [...] aux premiers abords, les, les ... les manières de travailler dans ce genre de ... d'établissement (...) »

Il insiste sur le souhait de tout connaître, « de A à Z » (B 21- L 149). En fait, il utilise la forme négative pour dire avec humour le besoin que quelqu'un prenne soin de lui :

B 21- L 148 à 149 : « (...) vraiment accompagner euh... pas presque, j'ai envie de dire pas tenir par la main, mais vraiment montrer (...) »

Il attend plus de tolérance car, n'ayant jamais fait de stage dans cette unité, il ne connaît absolument rien des lieux et de l'organisation. Il regrette que l'équipe ne le distingue pas des autres nouveaux qui, eux, par leur stage précédemment effectué, peuvent se mouvoir plus facilement.

De son côté, dans une situation compliquée, il est attentif à protéger sa collègue. Parfois, nous avons pris une posture d'accompagnement thérapeutique pour l'aider à gérer ses émotions ou pour le maintenir dans le champ professionnel.

Synthèse : Il regrette que personne n'ait pris en compte le fait qu'il se trouve dans l'inconnu à chaque arrivée dans un lieu nouveau.

#### ❖ La confiance d'abandon

Il a travaillé dans deux endroits où l'organisation des soins est radicalement opposée. Chaque lieu est source de plusieurs ruptures :

- entre le changement brutal de statut, aide soignant à infirmier ;
- entre sa vision du métier d'infirmier et sa fonction de moniteur.

Il y a également des ruptures entre les deux lieux de soins :

- entre les prises en charge des situations compliquées : du dialogue d'un côté à la contention physique de l'autre ;
- entre les soins proposés ;
- entre l'aide assez absente la première fois à un accompagnement individuel actuellement.

Dans la clinique, stagiaires et nouveaux employés sont dans la confiance d'abandon à leur arrivée. Ils prennent en charge des patients dont ils ne savent absolument rien. Sans un réel accompagnement de la part des moniteurs expérimentés, ils se regroupent pour assurer leur entraide.

Dans le service actuel, il est tellement dépourvu qu'il se compare à un enfant dans le besoin :

B 21- L 149 à 150 : « (...) j'ai envie de dire pas tenir par la main, mais (...) »

La double négation « pas tenir [...] mais » renforce sa fragilité.

Par ailleurs, conscient de son inexpérience, il reconnaît faire trop vite confiance aux autres. A son arrivée, concernant l'organisation du service, il se retrouve avec sa collègue, novice également, dans une confiance abandon espérant une aide éventuelle.

Synthèse : Il demande que son côté néophyte soit pris en compte à son arrivée afin d'être formé en conséquence.

#### ❖ La confiance émancipatrice

Pour sa première affectation, il est « lâché » (B 43- L 300) dans l'institution. Il avait déjà fait un stage qui s'était très bien passé, alors l'équipe lui a fait confiance dans son



autonomisation rapide. Mais, les conditions ne sont plus les mêmes. Il éprouve alors des difficultés et se rapproche d'autres personnes qui partagent sa situation.

Dans sa nouvelle unité, l'équipe assure un accompagnement dans une confiance émancipatrice pour tous les nouveaux. Toutefois, il existe deux groupes parmi les débutants : ceux qui connaissent le service et son fonctionnement et les autres, dans la totale découverte, et donc en difficulté. Benoît révèle ainsi la nécessité d'être un peu initié sur l'organisation avant de pouvoir bénéficier pleinement de la confiance émancipatrice de l'équipe. Nous percevons son besoin d'assurance pour prendre l'initiative d'arrêter une négociation pour passer à la contention :

B 21- L150 à 153 : « (...) Un exemple concret, par exemple euh... j'ai encore du mal, je l'avoue à ... à déterminer à quel moment ... euh... on arrête les paroles et on passe aux ... actes, c'est-à-dire maîtriser physiquement la personne qui ne veut rien entendre donc qui ne veut pas être raisonnée (...) »

Sa cadre lui confie la responsabilité de l'identito-vigilance. Même s'il a des compétences dans ce domaine, il prend la mesure de l'importance de cette tâche :

B 48- L 336 à 339 : « (...) Après je me suis rendu compte ce que c'était d'être responsable d'un ... d'un ... je vais pas dire d'un pôle, mais bon, de ... enfin d'avoir des responsabilités de ce type [...] Et au final, j'ai trouvé ça ... très intéressant (...) »

La cadre lui donne la possibilité de se faire une place dans l'équipe. Il peut ainsi commencer à s'autonomiser grâce à une mission dans laquelle il a des connaissances. C'est différent de la clinique où ils doivent s'émanciper seuls sans rien connaître. Cette marque de confiance le satisfait. Mais la mission n'est pas encore effective alors qu'elle est très importante. La confiance donnée à la cadre est alors en jeu.

Synthèse : L'exemple de la mission démontre que la confiance émancipatrice facilite l'intégration dans une équipe. Benoît souligne la nécessité d'avoir un minimum d'informations au préalable sur le fonctionnement du service.

#### ❖ La confiance réciproque

La clinique fonctionne dans une confiance réciproque. Il effectue une prise en charge préconisée par un de ses collègues (exemple le plateau repas B 17- L 110 à 133). Nous percevons néanmoins que cette confiance mutuelle induit à ce que chacun ait fait auparavant ses preuves. En ce qui le concerne, son stage s'était bien déroulé.

Il en est de même avec les patients :

B 19- L 123 à 131 : « (...) il n'y a pas de chambre d'isolement par exemple dans l'institution. Les chambres, tout est ouvert [...] je n'ai jamais eu en clinique à maîtriser physiquement quelqu'un [...] La plupart du temps, c'est résolu euh... on raccompagne le patient dans sa chambre euh... pas physiquement, il y va de lui-même et euh... s'en suit un entretien avec lui euh dans sa chambre pour, pour l'isoler un petit peu des autres, et puis le calmer et puis pour comprendre un petit peu la raison de cette crise (...) »

Aujourd'hui, la confiance réciproque se perçoit dans l'accompagnement de son collègue. Benoît ne livre ses difficultés qu'à la personne en qui il a confiance afin de ne pas avoir de préjudice en retour de ses propos. Il signale qu'il ne l'a pas déçu. Et ce collègue parie sur l'amélioration rapide de ses compétences.

Pourtant la confiance n'est pas totalement partagée. Il ne s'autorise pas à prendre une initiative tant qu'il ne sera pas totalement intégré au service. D'un côté, il veut peut-être d'abord tout connaître sur le fonctionnement du service avant de passer à l'action. De l'autre, il attend d'obtenir la confiance de tous ses collègues pour décider d'agir. Mais alors, comment faire ses preuves ?

La confiance réciproque partagée entre lui et la cadre est à modérer car elle n'est pas sur le même niveau. La cadre lui fait confiance pour assurer une mission, l'identité-vigilance. Lui, il a confiance dans la bonne foi du cadre pour officialiser cette responsabilité.

Il conçoit que l'unité de soins attende de lui l'utilisation de son physique. Le service a confiance en lui en cas de besoin, et lui est sûr que ses autres capacités vont être utilisées.

Synthèse : Dans la clinique, les relations s'effectuent dans une confiance réciproque. Son expérience à l'hôpital démontre qu'elle se construit pas à pas (preuve après preuve ?). La confiance réciproque est le moteur de la prise d'initiatives. Avec la féminisation du métier d'infirmier surtout en psychiatrie, Benoît espère qu'il n'a pas été recruté seulement pour ses muscles.

#### ❖ Logique d'établissement

Benoît a connu deux organisations de soins radicalement différentes. Il a commencé par une clinique de psychothérapie institutionnelle où notre logique institutionnelle prédomine. Puis rapidement, il intègre un centre hospitalier où nous repérons une logique d'établissement très prégnante dans l'organisation des soins.

Il mentionne que l'organisation des soins est radicalement différente entre les deux. A l'hôpital, il souhaite connaître rapidement tous les outils existants de « A à Z » (B 21- L 149). Il cite alors les protocoles, outils très présents dans la logique d'établissement.

Dans son unité de soins actuelle, il associe la maladie psychiatrique aux situations de crise. Pour contenir la souffrance des patients, il insiste sur l'uniformisation de la maîtrise physique.

Nous nous rappelons bien sûr qu'il emploie le mot « victimes » (B 32- L 229) pour les patients qui ont des crises clastiques (victimes de la logique d'établissement ?).

Les crises le mettent en difficulté. Leur gestion lui pose encore plus de problèmes. Il ne sait pas encore comment contourner le frein du fonctionnement actuel. Il finit par laisser entrevoir que si cela perdurait, il pourrait partir. Il reconnaît qu'ils essaient pourtant d'apaiser les patients en discutant avec eux. Ils ont à faire de la contention physique surtout pour se défendre. Les patients les agressent alors peut-être pour eux-mêmes se protéger :

B 52- L 372 : « (...) parce que des fois, on est obligé de se défendre (...) »

Il ne peut pas admettre que la contention physique soit considérée comme un soin.

Par ailleurs, le temps manque crucialement. Il entrave son accompagnement maïeutique et la mise en place d'activités pour les patients. Sa marge de manœuvre est aujourd'hui plus réduite. Le mot « certainement » (B 41- L 289) indique une hésitation sur sa réelle possibilité d'actions autonomes. Il confirme par un champ d'improvisations plus réduit.

L'accueil des nouveaux est standardisé. Il ne différencie pas ceux qui « débarquent » d'ailleurs de ceux qui embauchent après avoir fait un stage. Avec une collègue qui partage sa situation, ils ressentent un handicap pour leur intégration.

La cadre lui confie l'identito-vigilance qui est une mission très importante dans la logique d'établissement.

Synthèse : Il affirme que la prise en charge à l'hôpital est radicalement différente de celle en clinique institutionnelle. Dans l'unité de soins actuelle, la maîtrise physique fait partie des soins. Elle est fréquemment utilisée parfois pour se protéger. Le manque de temps pèse sur l'accompagnement.

#### ❖ La logique institutionnelle

Pour lui, un changement de fonction implique un changement de statut. En conséquence, il peine à comprendre le fonctionnement institutionnel où tout le monde est moniteur. La clinique lui fait confiance pour ses prises en charge dans les activités de la vie quotidienne.

Cependant, les médecins ont une confiance très modérée sur l'utilisation des dossiers médicaux.

Il apprécie l'individualisation des soins et la non catégorisation des patients :

B 12- L 85 à 87 : « (...) au fur et à mesure de la prise en charge [...] on amène à individualiser cette prise en charge ... puisque les attentes euh... du patient sont pas les mêmes (...) »

B 14- L 91 à 95 : « (...) le fait de ne pas coller une étiquette ... ne pas se dire euh... celui-là est schizophrène, il va réagir de telle manière, celui-là est bipolaire, il est en phase maniaque, enfin et cetera ... permet vraiment une prise en charge euh... au jour le jour [...] et d'évoluer lentement mais sûrement dans la prise en charge (...) »

Il reconnaît une efficacité à cette orientation de prises en charge. Il reconnaît la liberté laissée aux initiatives des moniteurs. La concertation d'équipe assure la cohérence à ces actions individuelles.

Il insiste à plusieurs reprises sur la différence entre le comportement des patients dans la clinique institutionnelle et ceux de l'unité hospitalière où il est amené à les maîtriser physiquement :

B 56- L 407 à 408 : « (...) je suis passé de ... d'un extrême à l'autre, entre l'institution et le pavillon fermé (...) »

A l'évocation de ses souhaits aujourd'hui, il fait référence au fonctionnement institutionnel où le soignant utilise ses capacités et ses valeurs personnelles dans ses prises en charge. Il prend plaisir à partager ce qu'il aime, à l'utiliser dans le soin. Il appuie sa préférence à sortir les patients plutôt que ... les maîtriser physiquement dans une unité fermée.

Toutefois, nous ressentons un manque de reconnaissance dans la clinique institutionnelle. Toutes les professions sont aplanies. Elles gardent leurs compétences mais perdent leur spécificité en perdant leur nom. Ils sont tous appelés moniteurs. Ils participent à la vie quotidienne avec des patients en étant inscrit sur la grille de fonction comme par exemple la vaisselle. Il est venu travailler à l'hôpital car il ne voit pas le sens du travail infirmier qui lui a coûté trois ans d'études pour faire le travail de moniteur :

B 60- L 435 à 438 : « (...) j'ai une impression de désapprendre mon métier d'infirmier. On devient moniteur, on fait le boulot comme tout le monde [...] on commence par trois mois, on est affecté à, à la vaisselle et on change de tâche en tâche comme ça (...) »

B 61- L 440 à 442 : « (...) La fameuse grille [...] je me suis dit quand même à un moment, t'as fait trois ans d'études, tu es infirmier et je voulais faire du boulot ... d'infirmier, tout simplement (...) »

Synthèse : Benoît révèle par ses propos qu'il craint perdre son identité infirmière dans un fonctionnement trop important de logique institutionnelle mais il en apprécie la possibilité d'initiatives.

#### V. 2. 1. 3. Confrontation à l'hypothèse

La logique d'établissement l'aide au début à se repérer. Il y concrétise un apprentissage sur l'identito-vigilance. Mais elle l'éloigne de sa conception des soins.

Un accompagnement thérapeutique est utile pour chaque prise de fonction où il est dans une confiance d'abandon par des responsabilités qu'il ne peut encore assumer. L'approche maïeutique lui permet un peu de se confier mais c'est une aide orientée vers les besoins du service. Il reconnaît que l'accompagnement initiatique lui a révélé une part de son for intérieur. La confiance émancipatrice contribue à se faire une place dans l'équipe.

Il envisage plus tard de retourner en clinique institutionnelle, les activités sont plus faciles à mettre en place. Peut-être à partir du moment où il sera prêt pour rechercher sa filiation professionnelle ?

#### **V. 2. 2. Caroline : un déménagement, des ruptures**

Caroline, jeune femme de 26 ans, est infirmière depuis novembre 2007. Elle a débuté sa carrière dans des services de technicités somatiques jusqu'en août 2012, date de son déménagement vers une autre région pour arriver dans le service actuel de psychiatrie. Le centre hospitalier ne lui propose que cette affectation. Décidée à vouloir intégrer cet établissement de santé, sa volonté de muter a prévalu sur le choix du service. Elle garde un bon souvenir de ses stages en psychiatrie durant sa formation, elle n'est donc pas réticente à travailler dans cette spécialité. Toutefois, ses difficultés pour exprimer le choix de son affectation témoignent d'une certaine résignation.

#### V. 2. 2. 1. L'intégration

##### ❖ L'accueil

Elle ironise sur son accueil qui lui laisse un souvenir mémorable. Elle insiste sur son contexte de rupture dans lequel s'est effectuée sa prise de poste. Avec le changement de région, elle perd tout repère social et géographique. De plus, la spécialité de la psychiatrie lui est totalement nouvelle. Alors, elle souligne le manque de considération du service à son égard.

C 3- L 22 à 26 : « (...) c'est vrai que euh... qu'il a fallu que j'attende le quatrième jour qu'on me présente vraiment les patients, savoir quelles pathologies qu'ils, euh ce qu'ils avaient, tout ça. Bon, ben, on me dit il y a l'ordinateur faut ... déjà donc, on arrive ... certes il y a l'ordinateur, on peut aller voir dedans. Mais qu'on n'a pas les codes, même si on les a dans l'après midi, c'est pas forcément très évident. (...) »

Parfois, ses propos sont accompagnés par des larmes aux yeux et des pleurs. Elle ne comprend pas le manque d'accueil. Elle croise dans l'unité le cadre supérieur, rencontré quelques mois auparavant lors de l'entretien d'embauche, qui ne lui ré explique rien du fonctionnement.

De plus, sa prise de poste en période de vacances est rendue difficile par un effectif en personnel réduit. Elle travaille, les premiers jours, avec un jeune infirmier encore inexpérimenté et un infirmier de secteur psychiatrique dont le départ est prévu le mois suivant. Un climat interpellant est perceptible au sein de cette équipe. De ses deux collègues, elle nomme le premier « une personne » lui reconnaissant son manque d'expérience car il n'avait que quelques mois de diplôme. Pour le second, elle donne sa qualification pour montrer son expérience « (...) infirmier, un ISP (...) » : (C 7- L 53 à 54). Elle relate avec insistance le contexte de celui-ci par la répétition du verbe partir :

C 7- L 51 à 54 : (...) Il y avait euh... une personne euh, les premiers jours, qui [...] enfin, vu son diplôme [...] au mois de, de novembre donc là on était au mois d'août. Et après, il y avait un infirmier, un ISP et qui savait qu'il allait partir, partir le mois d'après euh... sur un autre hôpital (...)

Malgré l'expérience de ce collègue, elle est livrée à elle-même avec le minimum de renseignements. Elle ne connaît ni les lieux ni les outils informatiques de l'unité. Aucune information sur les patients ne lui est donnée :

C 27- L 179 à 180 : « (...) quand on répond ben « regarde sur l'ordinateur, regarde dans le dossier » (...) »

Malgré sa bonne volonté pour aller quérir des renseignements, elle découvre que tout n'est pas retranscrit :

C 3- L 27 à 30 : « (...) Donc euh... aller fouiller dans l'ordinateur, savoir exactement ce qu'ils ont. Si en plus, il y a des fois, c'est pas forcément bien inscrit, c'est pas forcément bien connu du service donc c'est pas forcément évident (...) »

Elle est en difficulté au début de son intégration. Ses larmes témoignent d'une certaine souffrance. Elle évoque assez rapidement sa volonté d'arrêter de travailler dans ce service :

C 11- L70 : « (...) Pas forcément envie d'y retourner ! (pleurs) Du tout ! Du tout ! (...) »

Synthèse : Elle reproche à l'établissement son manque de considération. Par sa mutation, elle subit un déracinement géographique et professionnel car elle n'a jamais travaillé en psychiatrie. Elle est livrée à elle-même les quatre premiers jours.

#### ❖ L'aide reçue

Au bout de quatre jours elle fait connaissance d'un autre collègue qui lui présente chaque patient et sa pathologie. Elle précise que ce collègue l'a aidée spontanément et parce qu'il prend plaisir à accompagner. Elle se sent enfin plus en sécurité car ces informations vont lui éviter d'être un *pharmakon* et la prévenir des réactions de patients à son égard. Elle a dorénavant plus de cohérence dans les soins.

Elle insiste beaucoup sur l'absence d'aide toujours associée dans ses propos à un manque de considération. Toutefois, le mot « (...) vraiment (...) » laisse supposer une petite aide mais qui lui a été insuffisante :

C 3- L 23 : « (...) que j'attende la quatrième jour qu'on me présente vraiment les patients (...) »

Elle réitère cette absence d'aide plus tard dans l'entretien à propos des situations de crise :

C 26- L 167 à 168 : « (...) et il a fallu qu'on attende le quatrième jour (...) »

Elle argumente ainsi le prolongement de la durée de l'intégration et surtout la nuisance occasionnée pour une bonne cohérence d'équipe dans l'action.

Elle trouve du réconfort dans sa cellule familiale et du soutien auprès de son collègue accompagnateur. Elle échange aussi sur ses difficultés avec la nouvelle cadre de l'unité qui partage sa découverte de la psychiatrie ainsi qu'une absence d'aide.

Au cours de l'entretien, elle évoque son engagement pour obtenir de l'aide. Elle saisit dans les temps de réunions, des apports théoriques. Elle n'hésite pas à solliciter le médecin.

En parlant des situations de crise, elle mentionne une formation suivie en février à ce sujet.

Synthèse : Les nouveaux ne bénéficient pas d'aide. Elle se sent en insécurité par le manque d'informations pourtant nécessaire au travail. Elle est attentive à tout ce qui pourrait les lui apporter.

#### ❖ L'aide souhaitée

De façon récurrente, elle souhaite plus de considération vis-à-vis du contexte de ruptures auquel elle est confrontée. Elle demande que l'on tienne compte de son inexpérience en psychiatrie. Elle arrive dans une nouvelle région, ne connaît personne. Elle découvre un nouvel établissement dont le fonctionnement lui est inconnu. Nous sentons un déracinement que personne ne considère.

Elle reconnaît que la période de vacances, avec l'effectif réduit, n'est pas propice pour un bon accueil. Passer quelques jours en doublon avec un collègue est un idéal qu'elle n'a jamais bénéficié, alors qu'elle a repéré des nouveaux en profiter par la suite. Cela permet d'être reçue par le cadre pour décrire une nouvelle fois l'établissement, le service, l'unité, leur fonctionnement. Le collègue, qui la double, a le temps de lui présenter les patients, leur pathologie et la conduite à tenir.

Elle insiste sur un accompagnement, pas forcément individuel, pour lui expliquer les outils du service ainsi que le travail administratif lié à la psychiatrie.

Synthèse : Elle souhaite un accueil digne de ce nom. Dès les premiers jours, une présentation du service et une explication des logiciels utilisés facilitent le recueil d'informations nécessaires. Prendre conscience de l'inexpérience en psychiatrie est indispensable. Travailler en doublon pendant quelques jours est l'idéal.

#### ❖ L'expression de son ressenti

L'évocation de son ressenti sur sa prise de poste est si intense que nous percevons de la souffrance :

c 8- L 56 : « (...) *Ç'a été dur ces premiers jours ?*(...) »

C 8- L 57 : « (...) (fort) Un peu oui ! (larmes aux yeux, se retient de pleurer) (...) »

c 9- L 58 à 59 : « (...) *Vous pouvez m'en dire quelques mots ?* (pleurs) *De ce qu'il s'est passé ? De votre ressenti ?*(...) »

C 9- « (...) (silence) (pleurs) Ben ressenti quand euh... quand on change ... et qu'on arrive dans un service qu'on connaît pas ... et qu'on connaît personne ... c'est très dur ! (silence) (...) »

Nous cherchons alors à l'apaiser par une verbalisation. Elle exprime sa rupture avec tous repères : lieu géographique, métier, isolement social. Le « et » renforce l'accumulation des ruptures.



Elle se sent « lâchée » et doit donc « se débrouiller », expressions qu'elle utilise à plusieurs reprises « (...) lâché (...) » : C 13- L 85 ; « (...) lâchée (...) » : C 68- L490 ; « (...) se débrouille (...) » x 2 : C 6- L 42 ; « (...) débrouillez-vous ! (...) » : C 12- L 85 ; « (...) se débrouiller (...) » : C 27- L 176 ; « (...) me débrouille (...) » : C 27- L 182). Lorsqu'elle en parle à son collègue, elle utilise le temps du passé composé. Elle passe à l'imparfait pour signifier qu'il était au courant depuis longtemps. C'est habituel. Puis elle termine au présent indiquant une pratique usuelle de ce manque d'aide :

C 10- L66 à 68 : « (...) Mais je lui en ai parlé. Il savait déjà, enfin il sait déjà euh... ce que je lui dis, c'est pas nouveau. Donc euh... c'est des choses qui arrivent ! ... Apparemment, c'est souvent ! (pleurs) (...) »

Ses pleurs témoignent de la souffrance générée par cette insécurité.

Au fur et mesure de l'entretien, il y a une progression dans l'évocation de son ressenti. Elle commence en évoquant la qualité de l'accueil : « (...) pas trop très correct (...) » : (C 12- L76). Plus loin (C 16- L 115 à 118), elle reconnaît une part d'affinité ou d'humeur à chaque personne en cherchant une explication. Il est dommage que nous n'avons pas relancé sur le mot « (...) lunatiques (...) » : (C 16- L 118), synonyme de changeant, peu fiable et donc source d'insécurité. Nous percevons de l'incompréhension voire de la suspicion sur le manque d'informations :

C 26- L 165 à 168 : « (...) le jour où que je suis arrivée, on aurait eu le temps de me ... de me sortir la liste et de me dire et ben voilà lui euh lui, il est là pour telle raison, tout ça. On aurait eu le temps et il a fallu qu'on attende le quatrième jour (...) »

Ensuite, elle se résigne car elle pense qu'on ne veut pas l'accueillir : « (...) je laisse tomber (...) » : (C 27- L 181). Puis, elle relate son indignation concernant une certaine suspicion :

C 30- L 205 à 207 : « (...) ce qui m'avait choquée le premier jour, c'est que finalement, ils savaient que j'étais nouvelle et je ne savais pas pourquoi les patients étaient là. (...) »

Concernant, la violence des patients, il y a également de l'incompréhension (C 41- L 311 à 314) car sa comparaison avec les conditions de son stage sont identiques : mêmes patients et structure fermée également. Finalement, elle annonce clairement qu'elle ne se sent pas à sa place (C 43- L 331). Certes, elle apprécie la technicité des soins. Mais, c'est la relation au patient qui l'anime le plus. Et là, son travail consiste à faire de la répression. Elle n'y voit aucun sens : (C 45- L 340 à 342 et C 46- L 345 à 349).

Elle reconnaît que le vécu d'une situation de crise dans l'unité pourtant intense n'est pas comparable avec le ressenti de son accueil :

C 14- L 94 à 105 : « (...) on a vu les murs qui tremblaient [...] qui se tapait le, la tête contre les murs [...] cette crise-là ne m'a pas ... vu que là, vu que ça s'était un petit peu ... apaisé, enfin moi, par, par rapport à mon arrivée dans le service (...) »

« (...) cette crise-là ne m'a pas (...) » renforce la souffrance vécue lors de sa prise de poste.

Elle ressent un malaise dans le fonctionnement de l'équipe, personne ne semble s'insurger sur le manque d'accueil (pour elle et la cadre).

Elle ne peut parler de ce qu'elle éprouve qu'après un laps de temps. Elle dit à chaque fois : « (...) après coup (...) » (C 10- L 66 avec son collègue ; C 12- L 86 avec la cadre).

Synthèse : Elle se sent abandonnée dans un monde qu'elle ne maîtrise pas. Elle est en souffrance : elle perçoit une volonté de l'équipe à ne pas aider les nouveaux. Elle fait preuve d'empathie à l'égard des patients et ne comprend pas la violence ambiante.

#### ❖ La confrontation au Réel de la folie

Nous évoquons juste l'idée d'une situation compliquée. Elle nous relate sa confrontation à une crise clastique chez un patient psychotique. Elle ne peut pas exprimer ce qui se passe chez ce patient. Elle est face à de l'inconnu. Elle rationalise alors en décrivant les conséquences sur les choses matérielles.

Son intégration douloureuse a perturbé sa perception de la durée. Son accueil a dû lui paraître long :

C 14- L 90 : « (...) Pas tout de suite ! C'était au bout de euh... euh au bout de deux semaines à peu près euh... (...) »

Une quinzaine de jours pourraient paraître un délai très rapide pour être confronté à ce genre de crise.

Avec cette crise ou lorsqu'elle parle d'autres situations compliquées, elle peut être impressionnée mais participe volontiers à l'action. N'ayant pas d'expérience ni de connaissances théoriques suffisantes, elle s'appuie sur ses collègues pour se rassurer.

La sécurité est un thème principal concernant ses réponses sur les situations de crise. Elle est obtenue essentiellement par l'esprit d'équipe et la connaissance des patients. Cela repose principalement sur la transmission des informations. L'absence d'information voire le refus d'en donner aux nouveaux arrivants peut être la source d'une maladresse lourde de conséquences aussi bien pour le patient que pour le novice. Pourtant, elle affirme que faire des transmissions est un devoir professionnel. Elle ne comprend pas ce positionnement de l'équipe. Elle se pose alors des questions sur le fonctionnement des équipes en psychiatrie. Elle semble se résigner ce qui la rend triste.

Synthèse : Elle découvre la manifestation des troubles psychiatriques. Elle est impressionnée mais reste capable d'intervenir. Elle insiste sur le manque de connaissances qui l'insécurisent.

#### ❖ La marge de manœuvre

Sa marge de manœuvre est tributaire des informations qui lui sont données sur les patients. Elle parle souvent de la place de chacun dans l'équipe. Elle dit clairement qu'elle n'en a pas. Est-ce qu'on ne lui en donnerait pas une ? Toutefois, elle s'affirme en tant qu'infirmière des soins généraux. Elle se procure ainsi une place dans l'équipe :

C 67- L 477 à 478 : « (...) si jamais il y avait des soins techniques, ils me les laissent (...) »

Admet-elle sa différence que lui pointerait l'équipe et la revendiquerait-elle en même temps ?

Avec ce qu'elle révèle sur le travail à faire, les activités, sur les patients et leur pathologie, elle n'est pas en souffrance par la spécificité de la psychiatrie ni par le contact de la psychose. Par ailleurs, la présence d'un soignant de plus permet de réduire la charge de travail de chacun et de mettre en place des activités ponctuelles. Elle insiste beaucoup sur le fait qu'à trois soignants, il est impossible de faire convenablement son travail :

C 47- L 363 à 369 : « (...) C'est pas possible ! pas possible de prendre en charge [...] trente quatre patients avec juste trois infirmiers [...] Pour moi, c'est pas possible ! (...) »

Elle ne distingue alors plus les patients des soignants dans le besoin de soin :

C 47- L 370 : « (...) C'est pas faisable ! Trois personnes, c'est pas faisable pour trente quatre personnes ! (...) »

Synthèse : La marge de manœuvre dépend en priorité de la connaissance des patients et de leur pathologie. Ensuite, l'effectif en personnel permet l'initiative de projets.

#### ❖ L'investissement

Elle s'investirait volontiers en psychiatrie notamment grâce aux soins prodigués par les diverses activités :

C 42- L 325 à 328 : « (...) pour moi, la psychiatrie ça allait [...] avec les activités justement pour pouvoir euh... voir le patient comment il se débrouille sur telle activité et pour euh... sa pathologie, voir son évolution (...) »

Elle évoque son plaisir à partager les activités qu'elle aime faire comme la cuisine ou les soins d'esthétique.

Son énumération du travail journalier témoigne de son investissement auprès du patient du réveil au coucher. Elle évoque la pénibilité du travail uniquement lorsque l'équipe est en effectif minimum en insistant sur l'incidence néfaste sur les prises en charge.

L'élaboration d'un projet de sortie thérapeutique sur une journée lui procure de la satisfaction. Nous ressentons comme une éclaircie dans la brume de son travail quotidien :

C 36- L 276 : « (...) Oui ! (silence) Et ça fait du bien ! (...) »

C 37- L 279 à 282 : « (...) on a fait un projet et [...] au moins on va voir les, les patients pas que dans le cadre de l'unité. On va les voir aussi dans le cadre de l'extérieur. Les voir, ben justement, évoluer vraiment dans ... dans ... comment dire ... dans ... dans la vie de tous les jours. Et pas que ... pas que ... dans l'unité (...) »

Apporter du bien-être aux patients la motive. Nous le traduisons par l'opposition qu'elle fait entre la vie de tous les jours de tout un chacun et la vie à l'intérieur de l'unité. L'opposition est renforcée par la répétition de « pas que ».

Synthèse : Son investissement réside dans la possibilité de mettre en place des activités qu'elle apprécie sur le plan personnel.

### ❖ Le point de rupture dans la fidélisation

Elle est infirmière notamment pour le travail relationnel afférent aux soins. Elle apprécie également l'approche du soin par les activités où elle peut faire partager ses loisirs. Affronter des situations compliquées ne l'effraie pas. En revanche, elle est en difficulté face à l'inconnu d'une réaction de patient. Elle redoute cette situation d'insécurité où elle ne peut pas anticiper :

C 30-L195 à 201 : « (...) ils [les collègues peu expérimentés] connaissent les patients qu'ils ont dans le service [...] plus dans le sens des patients qu'il y a dans le service. C'est quand même un service de psychiatrie, avec des personnes qui ... [...] si c'est un schizophrène qui n'aime pas le contact, et que la personne qui vient d'arriver, qu'elle sait pas et qu'elle va aller vers lui et qu'elle va lui mettre la main sur le bras ... et si là, ça déclenche euh... justement un ... geste violent ... ben, elle aurait pu être prévenue justement euh... et éviter ça (...) »

A propos d'une sortie thérapeutique, elle affirme que ses difficultés ne sont pas liées aux patients mais plus au travail qu'elle est obligée de faire :

C 45- L 341 : « (...) avec les patients, de faire le flic [...] ça ne m'intéresse pas (...) »

C 46- L 345 à 350 : « (...) passer son temps [...] à recadrer [...] à remettre les limites [...] si j'en avais marre des patients, je pense que là je ferai pas la sortie (...) »

La réalisation des soins techniques lui manque aussi énormément.

Elle ne s'est pas sentie considérée à son arrivée par le service. Un autre acte irrespectueux à son égard lui déclencherait probablement sa décision de partir.

Synthèse : Elle craint ne pas pouvoir gérer des situations inconnues ce qui l'insécurise. Une attitude irrespectueuse de plus de l'établissement lui déclencherait probablement son départ.

### ❖ La fidélisation à la psychiatrie

Elle a demandé son changement d'affectation pour retourner travailler dans un service de soins somatiques. Sa décision est définitive. Elle accepte de temporiser jusqu'à la fin des vacances d'été comme convenu avec la Direction des soins. Mais au-delà de ce terme, elle demandera une mutation.

L'apparition de la charge émotionnelle à l'évocation de cette demande témoigne d'un regret et d'un échec car elle voulait réellement s'intégrer à son arrivée.

Son lieu de résidence est stratégique car il est situé pas très loin d'autres établissements de santé. Elle reste ainsi en éveil aux opportunités offertes.

Synthèse : Elle regrette ne pas pouvoir s'investir en psychiatrie. L'insécurité causée par le manque d'aide et une prise en charge inappropriée aux patients sont déclencheurs de cette volonté de partir.

#### V. 2. 2. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques

L'entretien démontre une prise de poste dans une totale confiance d'abandon. En échange, elle est dans l'attente d'un accompagnement thérapeutique pour la sécuriser.

##### ❖ Accompagnement initiatique

Durant les tous premiers jours, nous percevons un accompagnement initiatique. Elle est « lâchée » dit-elle, mais le mot « (...) vraiment (...) » : (C 3- L 23) concernant la présentation des patients démontre qu'elle a eu sûrement le minimum d'informations nécessaires. Elle est confrontée à un quotidien qu'elle ne maîtrise absolument pas.

Les collègues infirmières initiées aux sorties thérapeutiques vont lui expliquer le comportement des patients.

Synthèse : Elle perçoit l'accompagnement dans l'action uniquement lors de projets d'activités.

##### ❖ Accompagnement maïeutique

Un accompagnement maïeutique apparaît dans l'aide reçue

C 14- L 101 à 109 : « (...) j'avais déjà pu en parler avec ce collègue-là, j'avais pu [...] bien baliser. (...) »

Elle évoque un échange et donc une participation active de sa part.

Nous tenons une posture d'accompagnement maïeutique en la questionnant sur la conduite à tenir lors d'une situation compliquée comme la fugue d'un patient en soins sous contrainte. Nous repérons ainsi sa possibilité d'agir tout en lui suscitant une réflexion. Des ressources s'appuient sur une logique de bon sens.

Nous percevons un accompagnement qui diffère de ceux étudiés ci-dessus. Elle espère presque désespérément une aide qui va l'autonomiser dans son travail au quotidien. Elle s'étonne que personne ne réagisse à cette absence d'aide. Elle s'insurge sur les prises en charge effectuées dans cette unité où elle déplore sa fonction de « flic ». Parfois, elle évoque furtivement de petites aides ou des informations qui lui sont néanmoins données. Ne serait-ce pas un accompagnement pour la façonner au fonctionnement établi ? Refusant celui-ci, elle ne peut identifier alors l'accompagnement effectué pour qu'elle puisse se fondre dans ce mode de prise en charge.

Synthèse : Un collègue infirmier l'accompagne. Mais refusant l'orientation des prises en charge qu'elle trouve trop répressive, elle refuse de voir l'aide qui contribuerait à la mouler au fonctionnement de cette unité.

#### ❖ Accompagnement thérapeutique

Ses propos sont parfois accompagnés par des manifestations de souffrance. Alors, à plusieurs reprises, nous prenons une posture d'accompagnement thérapeutique pour l'apaiser. Cela se traduit par une recherche de ressources personnelles, une verbalisation ou un renforcement positif des actions entreprises. A d'autres moments, nous validons son ressenti et lui laissons le temps nécessaire à l'apaisement avant d'exploiter ce qu'elle a pu faire. Nous l'aidons à identifier des outils dont elle pourrait avoir besoin dans une situation compliquée. Parfois, nous ne relançons pas sur un thème qui lui est sensible.

L'infirmier qui l'a aidée, est dans l'accompagnement thérapeutique quand il protège ses jeunes collègues féminins lors de la crise du patient psychotique.

Synthèse : Elle n'a absolument pas bénéficié d'un accompagnement thérapeutique pourtant nécessaire à son arrivée.

#### ❖ Confiance d'abandon

Elle a gardé un bon souvenir de sa confrontation à la psychiatrie durant sa formation. Elle est dans l'aide qu'elle pourrait recevoir en souvenir de sa formation. Toutefois, son accueil n'est pas celui espéré. Elle embauche dans une situation de vacances où le personnel est réduit. Les mots « (...) sachant (...) » et « (...) donc (...) » : (C 3- L 20 à 21) témoignent d'une certaine excuse vis-à-vis du service pour son intégration. Elle leur fait confiance sur leur volonté de ne pas nuire.

Elle est forcément tributaire de ses collègues car toutes les informations ne sont pas inscrites dans l'ordinateur.

Synthèse : Tous les nouveaux sont dans la confiance d'abandon lorsqu'ils embauchent dans un service dont ils ne maîtrisent pas la technicité. Elle constate cette situation lors de l'arrivée de la nouvelle cadre.

#### ❖ Confiance émancipatrice

Elle insiste sur le manque de soutien à chaque changement de service. Ses larmes témoignent d'une certaine souffrance. Nous pensons qu'elle aurait souhaité un accompagnement thérapeutique le temps de sa confiance d'abandon, alors qu'elle s'est retrouvée dans un accompagnement initiatique dans une confiance émancipatrice.

Synthèse : A propos de la sortie thérapeutique, il y a une confiance émancipatrice des collègues expérimentées qui va l'aider pour la finalisation du projet.

#### ❖ Confiance réciproque

Nous comprenons une confiance réciproque dans sa vision du travail en équipe. Elle sait que ses collègues s'unissent afin de gérer une situation compliquée. La place de chacun assure une pertinence de la coordination des actions et contribue ainsi à sa gestion.

Concernant l'aide des temps de réunions, elle s'appuie sur les discussions échangées. L'équipe lui fait confiance sur son application au travail par son écoute et par l'absence de reproche sur ses prises en charge.



Une stabilité du collectif est en cours mais elle maintient sa volonté de partir. Elle s'en est expliquée dans une certaine confiance perceptible.

Synthèse : Ses faibles possibilités d'initiatives perturbent une bonne évaluation de la confiance réciproque.

#### ❖ Logique d'établissement

Il y a une disparité entre sa confiance d'abandon et la confiance que lui porte le service en retour, confiance basée sur la certification de ses compétences. Nous pouvons identifier la logique d'établissement par l'adjectif « (...) requis (...) » : (C 3- L 22). L'essentiel réside dans la qualité des certifications et non dans la qualité des compétences. On a d'abord considéré son diplôme avant sa personne.

Le fait qu'elle dise « (...) bien voulu (...) » : (C 6- L 45) semble indiquer que les autres collègues l'ont laissée délibérément « se débrouiller ». Est-ce une mise à l'épreuve de ses capacités à travailler en psychiatrie ? Est-ce la façon de l'équipe de montrer son désaccord avec la logique d'établissement qui permet une embauche sans donner les moyens nécessaires de l'accompagnement ? Il aurait été intéressant d'aller rencontrer l'équipe au sujet de l'accueil des nouveaux.

Nous cherchons à identifier les outils comme les protocoles à dispositions. Elle ne sait s'il en existe pour aider à endiguer une situation de crise. Nous sentons que cette méconnaissance pourrait mettre en doute sa confiance envers son accompagnateur. Nous élargissons alors aux conduites à tenir qui sont moins formalisées.

Elle énumère, de façon exhaustive, l'ensemble des tâches obligatoires d'une unité de soins. Elle regrette que l'importance du travail administratif empiète sur le temps d'activités avec les patients. Il aurait été intéressant de lui demander une comparaison du travail administratif avec ses anciennes unités de soins. Elle dénonce l'écrasement de la logique institutionnelle par la lourdeur de la logique d'établissement. Un établissement public ne peut plus fournir de « vrais » œufs, normes qualité obligent ! La logique d'établissement ne reconnaît pas l'activité cuisine comme un soin thérapeutique.

Elle cite la charte patients et les droits des patients. Ils sont les piliers de la qualité des soins et de la logique d'établissement. Elle ne parle même pas de qualité mais simplement de travail correct qui ne peut être effectué faute de moyens :

C 47- L 361 à 363 : « (...) Oui, on dit la charte des patients, tout ça, les droits des patients, mais euh comment faire ... euh... des choses correctes quand on nous donne, enfin quand on nous donne pas les moyens. C'est pas possible ! (...) »

Synthèse : Caroline regrette n'avoir pas eu d'information sur les outils du service. Ceux de la logique d'établissement sécurisent les nouveaux soignants. Cette logique ne prend en compte que la certification du diplôme. La charge de travail notamment administrative réduit considérablement le temps passé auprès des patients.

Les critères de qualité ne sont pas toujours de « bon goût » (les ingrédients pour l'activité cuisine).

#### ❖ Logique institutionnelle

La logique institutionnelle se repère par l'ambiance du quotidien où sont pris en charge les patients. Elle admet l'organisation de la vie quotidienne comme faisant partie intégrante des soins.

Caroline n'évoque aucune chronicité chez les patients qu'elle a rencontrés dans son stage avec pourtant les mêmes pathologies et une même structure de soins :

C 41- L 311 à 315 : « (...), je pense qu'il y avait peut-être autant de [...] patients, des, des schizophrènes, des psychotiques. Mais je sais pas, enfin c'est, c'est vrai que ... ben ... j'avais pas, pas le même ressenti ... enfin ... parce que en plus, pourtant moi, c'était vraiment aussi un pavillon fermé, mais ... enfin ... je sais pas (...) »

Elle n'arrive pas à expliquer la différence de comportement des patients entre ces deux lieux.

L'organisation et la réalisation d'une sortie thérapeutique lui donne de la satisfaction. Son plaisir se nourrit du bonheur des patients à sortir de l'unité, à rompre leurs habitudes d'enfermement.

Elle est heureuse de voir les patients détendus, plus accessibles lorsqu'ils sont pris en charge dans un contexte différent de l'enfermement.

Elle prend plaisir à utiliser ce qu'elle aime dans les activités avec les patients. Cette marge de manœuvre favorise sa créativité dans la construction du projet. Cependant, il y a de la logique d'établissement dans la logique institutionnelle. L'organisation d'une sortie par exemple doit suivre certaines procédures.

Synthèse : L'ambiance du service dépend des possibilités de réalisation d'activités. La créativité nécessaire pour leur élaboration est une source de plaisir pour le personnel.

#### ❖ Logique d'Institution

Elle refuse de se plier à la pratique de « flicage ». Elle n'en attribue pas la cause aux comportements des patients car elle organise volontiers une sortie thérapeutique. Elle n'incombe pas la responsabilité au service mais à l'Etat. Celui-ci ne donne pas assez les moyens nécessaires pour sa mission. Elle affirme que les économies réalisées sont minimales et sont au détriment des patients.

La logique d'Institution impose des directives suivies par la logique d'établissement mais le résultat va à l'encontre des missions de la logique d'Institution :

C 47- L 359 à 361 : « (...) je pense que c'est plutôt un problème de ... national. C'est tous les hôpitaux qu'il y a pas suffisamment de budget et c'est ... j'ai l'impression que finalement, on est ... on est un peu laissé pour compte au niveau de l'Etat, qu'il y a pas les budgets qui faudrait et que ... et que ... l'Etat ne se rend pas compte de ... des problèmes qu'il y a. Il faut faire des économies. Il faut faire des économies. On fait des économies de bout de chandelle mais à côté de ça, finalement, on oublie les patients (...) »

Synthèse : Elle attribue la responsabilité du manque de moyens à l'Etat c'est-à-dire à la logique Institutionnelle qui complique terriblement la prise en charge des patients.

#### V. 2. 2. 3. Confrontation à l'hypothèse

L'accompagnement initiatique ne satisfait pas Caroline sans un accompagnement thérapeutique au préalable. Dans une confiance d'abandon à son arrivée, elle est en attente d'attentions particulières qui la sécuriseraient. Elle se sent totalement abandonnée par l'équipe ce qui lui impose un travail très inconfortable.

Elle refuse de se sentir « moulée » par l'accompagnement de l'équipe. Elle n'est pas encore prête à perdre son identité infirmière « maternelle », elle attend son changement de service.

Ses propos témoignent de son besoin d'imbrication des deux logiques : logique d'établissement pour la sécuriser, logique institutionnelle pour l'exploitation de sa créativité et du plaisir dans son travail.

### **V. 2. 3. Dorothée : une affectation imposée**

Dorothée est une jeune femme de 42 ans qui habite près de son établissement de santé. Elle a commencé comme agent des services hospitaliers avant de devenir aide soignante en 1994. Elle exerce dans des services de soins somatiques. Par la promotion professionnelle continue, elle intègre un institut de formation en soins infirmiers en 2005. La Direction des ressources humaines lui fait alors signer un contrat de cinq ans stipulant son intégration dans le service de psychiatrie dès l'obtention du diplôme d'infirmière.

Elle travaille actuellement dans sa troisième unité toujours dans ce service. Elle a donc un peu plus de quatre années d'ancienneté en psychiatrie au moment de l'entretien.

#### **V. 2. 3. 1. L'intégration**

##### **❖ L'accueil**

La psychiatrie lui fait peur alors elle a l'espoir que son orientation, stipulée dans son contrat, ne soit finalement pas respectée :

D 38- L 150 à 153 : « (...) Même dès la rentrée à l'école, je savais que j'allais en psychiatrie après. Oui, oui. C'était le contrat euh... avec l'hôpital. On ... n'y croyait pas trop ... on s'est dit : « non, on va nous mettre ailleurs ». Mais ... « on va nous écouter quand même », mais non ! (...) »

Elle anticipe néanmoins sa nouvelle affectation en ciblant ses stages de troisième année sur la psychiatrie. Elle veut être opérationnelle pour ne pas être « (...) un boulet (...) » : (D 37- L 138) pour ses collègues. Elle termine sa formation en septembre 2008 et est affectée dans une unité de soins psychiatriques. En attendant d'avoir officiellement son poste d'infirmière, elle est inscrite sur le planning infirmier en tant que faisant fonction d'aide soignante. Cette transition est une période très compliquée. En partant en bas de l'échelle, sa formation réussie, l'équipe attend sa justification pour la reconnaître comme infirmière. Elle n'effectue que les tâches afférentes à cette fonction (toilettes, repas, lingerie) jusqu'au 19 novembre, date de la délibération du jury qui officialise son diplôme d'infirmière. Dès le lendemain, une partie de l'équipe lui demande d'assurer pleinement les fonctions d'infirmière dans ce service. Elle se confronte alors à une organisation de soins et à un travail administratif qu'elle ne maîtrise pas.

Dans une situation de crise, il lui est imposé de faire l'injection à un patient agité, maîtrisé au sol. Elle le fait alors qu'elle est enceinte. Elle s'arrête très tôt de travailler pour protéger sa grossesse. Elle ne réintègre pas cette unité.

Actuellement, elle insiste sur l'accueil reçu qui lui a permis de s'intégrer. Elle a sa place grâce à des compétences développées. Aujourd'hui, elle prend plaisir à travailler dans cette unité.

Synthèse : Ni l'établissement, ni l'équipe ne tiennent compte de ses demandes. Le diplôme lui donne une reconnaissance infirmière et implique forcément les compétences nécessaires en psychiatrie. Elle ressent une mise à l'épreuve sans que personne ne se soit soucié du danger encouru. Aujourd'hui, sa nouvelle unité l'a bien accueillie. Elle prend plaisir dans son travail.

#### ❖ L'aide reçue

L'attitude de l'équipe est partagée lors de sa prise de poste. Les plus anciens s'appuient sur son ancienneté dans l'établissement comme aide soignante donc il va de soi qu'elle sache le travail à faire. En revanche, les plus jeunes reconnaissent son envie d'apprendre pour s'autonomiser. Elle n'a néanmoins pas reçu l'aide espérée. A son arrivée dans l'unité, pour préparer son intégration future, elle demande à plusieurs reprises des explications sur le travail administratif. Mais elle est renvoyée à sa place d'aide soignante :

D 29- L 110 à 111 : « (...) J'ai essayé mais on m'a plusieurs fois remise à ma place en me disant tu n'es pas encore infirmière. (...) »

Dans son unité actuelle, cela est différent. Elle a déjà une petite expérience au niveau de la psychiatrie ainsi que dans le repérage des personnes ressources. L'aide lui est procurée de plusieurs manières, d'abord par les formations dans le cadre de la formation continue, par des collègues infirmiers pour les activités, par un aide soignant expérimenté dans une situation difficile et par des étudiants notamment grâce à la lecture de leurs projets. Les patients eux-mêmes, participent à sa formation. Leurs réactions l'ont faite réfléchir sur sa pratique. Par cette habitude, elle a appris à s'auto former.

Elle regrette le manque d'apport théorique. Certains médecins acceptent seulement d'expliquer leurs prescriptions.

Synthèse : Elle subit le refus catégorique d'anticipation de son futur poste tant qu'elle n'a pas le diplôme. Aujourd'hui, enrichie d'une petite expérience, elle est plus autonome pour trouver l'aide dont elle a besoin.

#### ❖ L'aide souhaitée

A son arrivée, elle aurait vraiment espéré une information importante notamment dans le domaine administratif. La formation en institut de formation ne l'a pas suffisamment préparée à cette spécificité de la psychiatrie.

Dans sa nouvelle unité, elle fait tout de suite le lien avec l'aide proposée par l'équipe. Cela semble lui convenir. Chacun développe une compétence, il en devient le référent dans l'équipe. Dorothée est la spécialiste en pharmacopée où elle a développé des compétences pédagogiques. Lorsqu'une personne a besoin d'une aide précise, elle est orientée vers le soignant spécialiste.

Synthèse : Elle argumente la nécessité d'avoir des connaissances spécifiques très rapidement notamment dans le domaine administratif. Elle préconise l'organisation de son unité : des personnes ressources, bien identifiées, dans chaque spécialité.

#### ❖ L'expression de son ressenti

Son ressenti lui laisse des souvenirs très forts. Elle évoque sa première intégration en psychiatrie en se retenant encore de pleurer. Elle garde le souvenir de date précise :

D 3- L 22 à 24 : « (...) Et là, la transition a été compliquée puisque j'ai été accueillie en tant qu'aide soignante ... et à partir du 19 novembre, j'étais infirmière (...) »

Plus loin, elle stipule à propos d'une autre situation :

D 48- L 209 : « (...) je me souviendrai toujours (...) »

Elle vit difficilement le fait de ne pas être reconnue comme future infirmière. Elle n'est pas autorisée à participer au travail infirmier pour mieux appréhender la complexité de ce métier en psychiatrie. Au contraire, elle doit se résigner aux tâches d'aide soignante. Pour elle, c'est un manque de considération après les trois ans d'efforts pour obtenir son diplôme.

De plus, c'est une unité fermée qui ne correspond pas à ses valeurs :

D 46- L 194 à 197 : « (...) le souci, je me suis retrouvée dans un service euh... fermé et ... j'ai eu beaucoup de mal. Je me suis aperçue que le service fermé n'était pas pour moi. Parce que c'est quand même spécial, ça va pas avec ce que je suis, c'est-à-dire ...trop cadrée, trop fermée quoi, voilà. (...) »

Elle est convaincue que l'accueil par les plus anciens infirmiers est tributaire du choix du nouveau à venir travailler en psychiatrie. L'intégration se fait alors par la réussite

d'épreuves. Elle se soumet à l'une d'elles dans une situation compliquée alors qu'elle est enceinte.

Elle est persuadée que d'autres personnes peuvent la faire. C'est donc bien une mise à l'épreuve :

D 53- L 239 : « (...) Ah oui ! ... Mais, c'est le test ... il fallait que je prouve (...) »

D 54- L 241 : « (...) A l'équipe ! (...) Que j'étais aussi infirmière (...) »

Elle vit très mal cette demande. Elle se sent en danger pour la suite :

D 49- L227 à 229 : « (...) j'ai été enceinte et tout donc après je me suis sentie vite en danger ... ça là ... je me suis sentie vraiment mal et je voulais surtout pas y retourner après mon congé mat. (...) »

Lorsqu'elle évoque le récit de cette situation, elle s'interrompt pour préciser sa grossesse :

D 48- L215 à 216 : c'est que à ce moment-là malheureusement, enfin malheureusement, à ce moment-là aussi, moi je, j'étais enceinte. Donc je me suis sentie peut-être en danger aussi hein.

Par cette demande d'intervention, on met son bébé en danger. Le premier « malheureusement » concerne le danger, mais le second « enfin malheureusement » nuance le premier dans le sens où cela lui permet de s'arrêter tôt dans sa grossesse et donc de se protéger.

Le ressenti dans son autre unité est totalement différent. Des souvenirs sont également ancrés dans sa mémoire. Il n'y a aucun jugement de valeur entre soignants. L'entraide est réellement destinée pour le bien du patient :

D 80-L 534 à 536 : « (...) Ça c'est des souvenirs, des bons souvenirs parce qu'au moins, voilà. Elle est venue. Elle m'a pas jugée sur quoi que ce soit sur mon, sur ma façon de faire quoi que ce soit. Elle a bien vu que sa collègue était en difficulté, que j'avais besoin de ... euh... le patient avait besoin (...) »

Elle se sent en sécurité dans cette équipe même dans des situations de crise grâce à la confiance mutuelle entre les collègues. Elle est attentive à son tour aux jeunes soignants car elle a déjà vécu leurs ressentis.

Elle est satisfaite de sa contribution à l'apaisement du jeune patient suicidaire.

Si la psychiatrie lui faisait peur lors de la signature de son contrat, elle éprouve maintenant du plaisir à y travailler.

Synthèse : Le manque de considération au départ lui laisse une cicatrice encore béante. Elle regrette les mises à l'épreuve. Elle les ressent comme une agressivité dirigée à l'égard de ceux qui n'ont pas choisi leur affectation en psychiatrie. Maintenant, son vécu est différent. Ses collègues la soutiennent sans jugement de valeur. Toute l'équipe se consacre aux patients. Dorénavant, elle prend plaisir à travailler en psychiatrie.

#### ❖ La confrontation au Réel de la folie

Elle appréhendait la psychiatrie. Nous repérons le Réel de la folie, c'est-à-dire ce qui ne se voit pas dans le miroir, dans ce qu'elle appelle « des choses » :

D 37- L 142 à 144 : « (...) La psychiatrie, c'était tout nouveau pour moi. Peut-être qu'il y avait des choses qui me faisaient peur euh... c'est pour ça que je voulais pas être en psy (...) »

Le manque de connaissance concernant la pathologie est la cause de cette frayeur. Si les situations de violence l'ont impressionnée au début, il semble qu'elles le sont moins aujourd'hui. Un exemple de ce qui ne peut pas se voir dans le miroir :

D 48- L 209 à 211 : « (...) Une personne qu'on avait reçue en chambre d'isolement, très violente, très ... délirant mystique euh... euh... avec des menaces de mort sur tous les soignants dont le médecin (...) »

Elle réfléchit sur ce qui s'est passé et elle développe de l'empathie pour le patient. Son travail de réflexivité lui permet maintenant d'affronter sans appréhension des situations compliquées.

Même avec les crises, elle prend plaisir dans son travail. Elle peut faire confiance aux patients. Mais s'il y a besoin, elle n'hésite pas à agir pour maîtriser une patiente. Elle travaille en toute sécurité ce qui lui donne de la sérénité. Elle peut même prendre soin de jeunes collègues dans ces situations.

Elle est confrontée à une situation qui génère toujours de l'émotion chez le soignant : une tentative de suicide chez un jeune adulte. Toutes les hésitations pour relater son intervention soulignent sa difficulté à mener sereinement l'entretien avec le patient :

D 77- L 494 à 496 : « (...) donc euh du coup euh... je l'ai eu en entretien ... je lui explique la situation ... je lui, je lui ai, j'en ... seulement (...) »

Celui-ci redoute d'affronter ce qu'il a écrit en texto avec son téléphone et lui demande de rester près de lui. Elle se retrouve alors submergée par ses émotions. Elle prend rapidement la décision de prévenir le jeune de ses difficultés et de sa volonté d'aller chercher de l'aide



auprès d'une collègue plus expérimentée. Elle ne peut pas entendre l' « inentendable » du Réel de la folie :

D 80- L 536 à 537 : « (...) le patient avait besoin de verbaliser des choses mais que je pouvais pas l'entendre (...) »

Elle veut surmonter cette épreuve. Le relais à sa collègue permet la verbalisation du patient et un apprentissage pour elle afin de pouvoir dorénavant affronter seule cette situation.

Synthèse : La psychiatrie, plus précisément le Réel de la folie, lui faisait peur. Sa réflexivité lui permet de prendre du recul sur les crises. Aujourd'hui, elle peut affronter des situations compliquées. Elle ne sent plus en danger même si elle ne les maîtrise pas. Elle a la ressource d'aller chercher l'aide nécessaire.

#### ❖ La marge de manœuvre

Elle est plus explicite aujourd'hui. Toutefois, nous sentons une hésitation pour se prononcer :

D 64- L 322 : « (...) Alors moi, je ... moi je ... (petit rire) (...) »

Elle fait immédiatement un lien avec la cohésion d'équipe. Une proposition individuelle est débattue collectivement avant d'être mise en place. Elle relate un projet de réhabilitation sociale d'un patient dont elle est à l'initiative. Il consiste à ce qu'une personne revive en appartement après avoir passé neuf ans en hospitalisation complète. Ce projet s'inscrit dans le temps. Compte tenu de son importance, il nécessite beaucoup d'énergie. Actuellement, il est dans sa phase d'observation ce qui indique la précarité de la réussite. Elle ne semble pas croire à la reconnaissance des professionnels. Ce n'est pas l'énergie de son implication. Elle se lance dans un projet qu'avec la conviction de sa réussite. Elle ne met pas la personne en difficulté.

Elle obtient son plaisir dans le bien-être du patient. Cependant, nous sentons une certaine satisfaction dans la reconnaissance qu'elle avait raison :

D 62- L359 à 360 : « (...) et puis qu'on me dise euh... « T'as vu Dorothée, il va bien » « Ah ouais, il va bien ! » (...) »

Elle se nourrit exclusivement de la reconnaissance du patient, elle n'a pas confiance en celle de l'équipe :

D 62- L 360 à 362 : « (...) Et puis, on me dit bien : « Bonjour ! Comment allez-vous ? » Là, ça c'est la satisfaction du patient. Moi, c'est celle-ci que je reconnais, voilà. De l'équipe ? Non, je fais mon travail (...) »

Synthèse : Elle a trouvé sa place dans l'équipe. Ses compétences en pharmacopée sont reconnues et sont sollicitées. Ses projets, de grande ampleur, sont suivis par l'équipe.

Elle précise que la marge de manœuvre dépend de la bonne cohésion d'équipe. Elle est suivie dans des projets ambitieux pour des patients.

#### ❖ L'investissement

Dorothée s'investit dans un projet dont elle sait la complexité et l'incertitude du résultat. L'équipe a adhéré au projet d'appartement du patient et y contribue activement. Elle reconnaît que cela n'a pas toujours été le cas. Elle croit néanmoins en la réussite. L'échec aurait de lourdes conséquences.

Elle est responsable de tout ce qui concerne la pharmacie. Elle apprécie partager ses connaissances avec les nouveaux collègues et les étudiants.

Synthèse : L'investissement se traduit chez Dorothée par l'élaboration d'un projet conséquent pour un patient.

#### ❖ Le point de rupture de la fidélisation

Elle évoque son envie de partir quand elle se sent méprisée. La première fois, elle vit très mal le contrat qui lui impose de travailler cinq ans en psychiatrie malgré son souhait de rester dans les soins somatiques. De garder en mémoire la date de début du contrat implique également se rappeler de la date de fin.

La seconde fois, elle souffre du fait de ne pas être considérée comme une future infirmière durant le mois où elle revient comme aide soignante de sa formation. Elle demande en vain un accompagnement pour faciliter sa prise de poste :

D 29- L 110 à 111 : « (...) Non ! J'ai essayé mais on m'a plusieurs fois remise à ma place en me disant tu n'es pas encore infirmière ... (se retient de pleurer) (...) »

d 30- L 112 : « (...) C'était douloureux ? (...) »

D 30- L 113 à 114 : « (...) Oui ! J'avais qu'une envie c'était de m'en aller, quoi ... l'envie de pas travailler, quoi (...) »

Enfin, la troisième fois, elle se sent méprisée par la mise en danger occasionnée par l'injection à faire alors qu'elle est enceinte. Le silence comme réponse à la question sur ce qui l'a poussée à accepter de faire l'injection (D 72- L 450) souligne un moment crucial

pour sa carrière professionnelle : partir ou rester. L'arrêt maladie va la protéger durant toute sa grossesse.

Par ailleurs, elle parle de son amour pour son métier et évoque sa conscience professionnelle. En conséquence, elle attache beaucoup d'importance à ne pas nuire aux patients. Une unité de soins fermée ne lui convient absolument pas. Elle se sent très mal à l'aise pour être dans le relationnel dans une unité fermée qui nécessite beaucoup de recadrage. Elle accepte de faire l'injection car elle est néanmoins convaincue que le patient en a besoin. Elle a même de l'empathie pour lui :

D 48- L 218 à 219 : « (...) parce que cette violence de cette personne parce qu'elle était malade et puis complètement délirante (...) »

Lorsqu'elle se retrouve dans une situation très compliquée avec le jeune patient, elle ne cherche pas à fuir mais à l'apaiser. Elle pense d'abord au patient et va chercher de l'aide pour la suppléer.

Elle regrette ne pas pouvoir faire plus pour l'ensemble des patients :

D 61- L 311 à 312 : « (...) nos malades chroniques. Là, eux, ils auraient besoin d'un accompagnement qu'on peut pas donner aujourd'hui (...) »

Ne serait-ce par des activités :

D 62- L 215 à 316 : « (...) Mais à côté de ça, les activités et tout, on peut rien proposer à ces gens-là ... malheureusement (...) »

Elle souligne que le temps pris pour l'administratif est au détriment des prises en charges des patients.

Elle déplore que l'enfermement nuit à ces personnes :

D 63- L 318 à 320 : « (...) Parce qu'on n'a pas le temps ! On peut pas se mettre une heure en activité avec ces gens-là ... ou se faire un tour ... ou se balader ou ... voilà. Et c'est, je pense que c'est ces gens-là qui aujourd'hui eux euh... en pâtissent le plus de l'hospitalisation (...) »

Synthèse : Le point de rupture se situe autour d'un ressenti soit de mépris à son égard soit d'avoir la conviction d'être devenue un *pharmakon*. Elle déplore le manque de temps auprès des patients, accaparée en partie par un travail administratif.

### ❖ La fidélisation à la psychiatrie

Elle aime prendre soin d'autrui notamment sur le plan relationnel :

D 37- L 141 à 142 : « (...) j'aime mon travail, la relation avec les gens (...) »

Aujourd'hui, elle prend plaisir à travailler dans cette unité. Elle élargit parfois ses propos à la psychiatrie en incluant les situations compliquées :

D 56- L 250 à 251 : « (...) je me fais plaisir maintenant auprès des gens, même s'ils sont en état de crise (...) »

Mais il a fallu plusieurs années pour apprécier ce travail. Elle s'investit dans l'accompagnement des nouveaux arrivants et des stagiaires. Ses compétences pédagogiques sont reconnues notamment pour expliquer la pharmacopée.

Son investissement est nourri par le témoignage de reconnaissance des patients. Elle tire beaucoup de satisfaction de leur amélioration psychique.

Elle a trouvé sa place. Elle se sent à la hauteur de responsabilités notamment par le fait d'assurer le week-end avec deux nouveaux collègues. Elle prend bien soin de cet accompagnement en souvenir de son vécu.

Sa posture réflexive la met continuellement « en travail » sur le sens de sa pratique pour ne pas nuire aux patients. Elle se sent responsable de répondre à la confiance qu'ils lui octroient.

Elle admet que la psychiatrie offre une plus grande marge de manœuvre que les autres spécialités où elle a travaillé. Elle n'envisage plus cette affectation :

D 65- L380 à 383 : « (...) Je me vois pas retourner sur le BMC quoi. Non, non, non, parce que je pense que je serai déçue. Parce qu'on a quand même une liberté encore qu'on n'a plus déjà sur le BMC que j'ai connu, moi. Même en tant qu'infirmière hein, même si je les voyais les filles hein. Euh... mais ... en psychiatrie, on a encore une certaine liberté (...) »

Sa sphère familiale est ancrée géographiquement près de l'établissement de santé. Elle n'envisage pas de mutation.

Synthèse : Le soin relationnel est très important pour elle. Elle précise qu'il lui a fallu du temps pour apprécier le travail en psychiatrie même dans les situations de crises. Elle

s'appuie sur la reconnaissance des patients. Elle est la spécialiste de tout ce qui concerne la pharmacie. Elle prend plaisir à aider les personnes (patients et soignants).

#### V. 2. 3. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques

##### ❖ L'accompagnement initiatique

Elle se confronte facilement au Réel de la folie, à l'inconnu (les propos tenus dans les entretiens médicaux), mais sans évoquer les situations de crises. Elle exprime surtout le besoin d'un guide (une Athéna ?) :

D 40- L 161 à 163 : « (...) Mais il fallait m'aider, il fallait me chapeauter, on va dire ... C'est surtout ça que j'avais besoin, qu'on, qu'on me dise : « Ah ben non, fais pas comme ça, ou essaie de faire comme ça ». J'avais juste besoin d'un guide en fin de compte (...) »

Elle insiste beaucoup sur ses apprentissages dans l'action comme par exemple une collègue qui va l'aider pour une activité : « viens, on va faire » : (D 39- L 157).

Elle a amélioré ses compétences relationnelles aux contacts des patients :

D 37- L 137 : « (...) sur le terrain, ben c'est là que je me suis formée (...) »

Elle a vécu l'ordre de faire l'injection comme une mise à l'épreuve. La personne étant maîtrisée au sol par des soignants, elle n'est donc pas seule. Nous percevons alors peut-être un rite de passage dans :

D 53- L 239 : « (...) c'est le test ... il fallait que je prouve (...) »

D 54- L 241 : « (...) A l'équipe ! ... Que j'étais aussi infirmière (...) »

L'accompagnement initiatique lui fait découvrir son for intérieur :

D 55- L 243 à 244 : « (...) mais ça apprend et puis maintenant, je sais ce que je veux et ce que je veux pas ... voilà (...) »

Elle défend l'idée que la cohésion d'équipe favorise la mise en action : « Et on y va » (D 58- L 285). Mais cette phrase peut également se comprendre dans le sens d'une aide à l'investissement. Concernant l'implication dans un projet, nous repérons un accompagnement initiatique car elle précise auparavant que tout projet est discuté en équipe :

D 62- L 355 à 358 : « (...) c'est pas toujours facile parce qu'il y en a eu d'autres des projets comme ça que euh... j'y croyais moi et que personne n'y croyait autour. Et puis qu'aujourd'hui, je m'aperçois que la personne est encore dans son appartement et puis que ça fonctionne quoi (...) »

Donc ses collègues l'ont acceptée au préalable. Ils y participent sûrement mais ne sont pas convaincus de sa réussite. C'est peut-être, encore une fois, une mise à l'épreuve.

Synthèse : Elle dit avoir beaucoup appris en situation. Cela lui a permis de mieux se connaître. Elle maintient l'importance de la cohésion d'équipe.

#### ❖ L'accompagnement maïeutique

Elle évoque beaucoup l'accompagnement maïeutique pour des apprentissages théoriques en individuel ou en réunion. Les débriefings après les situations de crise sont l'occasion d'apprentissages par l'analyse de ce qui s'est passé :

D 73- L 418 à 419 : « (...) Et après, on en a reparlé avec mes collègues. On a posé les choses (...) »

D 74- L 424 à 425 : « (...) On en a discuté. Et puis on a désamorcé euh... la situation et ça s'est super bien passé. Et puis après, ils ont appris (...) »

Cet accompagnement maïeutique est double. Elle participe à l'animation des débriefings et contribue ainsi aux apprentissages des nouveaux et des étudiants. De plus, elle enrichit ses compétences en parallèle.

Synthèse : Les temps de réunion ainsi que les débriefings contribuent aux apprentissages théoriques. Elle ne privilégie pas les échanges individuels ou collectifs.

#### ❖ L'accompagnement thérapeutique

Elle a souffert de ne pas avoir pu en bénéficier à son arrivée. En conséquence, elle est vigilante pour protéger ses collègues :

D 56- L 263 à 264 : « (...) Protéger aussi mes collègues aussi quelque part en disant : « attention », ça, ça, parce que ç'a commencé à voler (...) »

Elle sait que les jeunes qui arrivent ont encore d'énormes apprentissages à faire notamment dans la confrontation au Réel de la folie :

D 67- L 405 à 415 : on a vu nos collègues se sentir mal à l'aise par rapport aux cris, [...] parce que la personne hurlait [...] elle hurlait dans la chambre d'isolement : « je suis fou ... » et puis des choses voilà, que je peux comprendre de ce que j'ai vécu moi, ce que j'avais vécu avant donc je peux comprendre tout à fait

[...] ils avaient bien peur parce qu'ils ... ben oui, ils savaient pas à quoi s'attendre (...) »

Cependant, elle relate un accompagnement thérapeutique dont elle a bénéficié. Avec le jeune patient suicidaire, elle ne se sent pas encore prête à entendre les propos du jeune. L'intervention de sa collègue répond à un double accompagnement thérapeutique d'abord pour le patient, puis pour elle. En effet, le fait d'entendre le discours de façon distanciée, car il est maintenant destiné à la collègue, va moins l'angoisser. Elle va pouvoir ainsi se concentrer sur l'attitude de la collègue pour se l'approprier.

Synthèse : Un accueil attentionné lui a manqué. Elle est donc vigilante à prendre soin des nouveaux et des stagiaires. Elle relate précisément comment sa collègue l'a suppléée dans une situation qui la dépassait.

#### ❖ La confiance abandon

Sa première intégration en psychiatrie est très douloureuse. Une partie de l'équipe pense qu'elle sait ce qu'il y a à faire puisqu'elle travaille depuis longtemps dans l'établissement. En fait, elle ne connaît ni le domaine de la psychiatrie ni l'organisation du travail infirmier de l'unité :

D 11- L 48 à 49 : « (...) Je savais travailler. Alors que ... non ! Non ... ç'a été très compliqué. (larmes aux yeux) (se retient de pleurer) (...) »

L'émotion qui accompagne ses propos témoigne de son besoin d'aide. Ce sentiment incrusté dans sa mémoire la rend sensible à toute observation d'une détresse chez autrui. Elle est attentive à la confiance que lui porte un patient pour son installation dans un appartement. Elle n'hésite pas à demander l'aide d'une collègue en lui précisant son incapacité à entendre ce que le patient a à dire.

Synthèse : Elle a l'expérience d'affronter des situations inconnues. L'absence d'aide insécurise et génère de la souffrance. Dorénavant, elle est attentive à ce ressenti chez autrui.

#### ❖ La confiance émancipatrice

A notre questionnement sur sa confiance envers l'équipe, elle répond par son manque de confiance en elle :

D 37- L 132 à 133 : « (...) parce que au début d'une carrière, on n'a pas confiance en soi. On sait pas bien faire, on ... c'est tout nouveau (...) »

Elle est en attente d'une aide qui lui donnerait la confiance nécessaire pour être opérationnelle. Elle l'exprime clairement :

D 40- L 163 : « (...) J'avais juste besoin d'un guide en fin de compte (...) »

Elle repère rapidement les personnes ressources qui peuvent la guider.

Le cadre de son unité actuelle lui a fait confiance sur la responsabilité d'assurer le week-end avec deux novices :

D 67- L 393 à 395 : « (...) Le cadre m'a rassurée en disant : « je n'ai aucun souci Dorothée, de votre part » donc euh... voilà. Je me sentais pas tout à fait à l'aise euh ... en confiance (...) »

La confiance du cadre l'a sécurisée sur ses capacités à gérer le week-end. De même, elle a fait confiance à ses jeunes collègues en leur distribuant des rôles à tenir durant la gestion d'une situation compliquée.

Nous repérons également une confiance émancipatrice dans sa première unité quand on lui a demandé de faire l'injection. Il est vrai que cela se passait à ses débuts en psychiatrie. Alors, lui demander de faire l'injection contribuait peut-être à ce qu'elle prenne davantage confiance lors de ces situations.

Synthèse : La confiance que lui porte le cadre augmente sa marge de manœuvre. Mais cela se passe après une certaine expérience en psychiatrie.

#### ❖ La confiance réciproque

Ses propos soulignent une confiance réciproque entre infirmiers dès l'obtention du diplôme. Elle affine sa perception en précisant la distinction entre les jeunes qui ont choisi de travailler en psychiatrie et les autres en qui les anciens font moins confiance. Cela a une incidence sur l'intégration :

D 24- L 91 à 92 : « (...) Mais qui connaissaient très bien et puis qui avaient choisi, eux, la psychiatrie. Donc on sentait bien qu'ils étaient bien intégrés (...) »

Pourtant, elle s'est appliquée à se spécialiser toute la troisième année de formation pour que, justement, l'équipe lui fasse confiance très rapidement.

Maintenant, dans l'équipe actuelle, elle travaille en pleine confiance. Elle associe la cohésion de l'équipe avec la confiance que chacun donne à l'autre. Connaissant bien ses



collègues, elle peut anticiper leurs réactions. Cela lui assure la sécurité nécessaire pour agir sereinement :

D 56- L 251 à 255 : « (...) j'ai confiance avec les collègues avec qui je suis. [...] Donc ça c'est important aussi parce que je me sentais pas en confiance avec mes collègues ... Là aujourd'hui, je suis en confiance. Je sais que je peux aller en chambre d'isolement, même si la personne est agitée [...] Avec la personne avec qui je serai [...] je sais comment elle fonctionne (...) »

Réciproquement, ses collègues peuvent lui faire confiance sur ses interventions. Ils savent qu'elle ne prend pas de risque. Elle n'hésite pas à demander de l'aide en cas de besoin. Plusieurs fois au cours de l'entretien, elle fait référence à une action simultanée comme par exemple « Et on y va » : (D 58- L 285).

La confiance réciproque favorise également la place de chacun dans l'équipe. Les anciens reconnaissent les compétences nouvelles apportées par les nouveaux. Elle souligne qu'elle agit pour ne pas trahir la confiance qui lui est portée.

Synthèse : Elle souligne deux facettes de la confiance réciproque. La première consiste à faire confiance aux compétences certifiées par le diplôme. La seconde donne l'importance à la cohésion d'équipe. La cohésion implique la reconnaissance de compétences différentes et complémentaires chez chaque professionnel composant l'équipe. La priorité repose sur la personne et non sur son diplôme.

#### ❖ La logique d'établissement

L'établissement de santé, selon ses besoins, finance la promotion professionnelle. Par exemple le coût de la formation infirmière est pris en charge par l'établissement en maintenant le salaire de l'agent. En échange, un contrat est signé assurant un retour sur investissement. Dorothée nous informe de son engagement d'affectation en psychiatrie pour une durée de cinq ans.

En promotion professionnelle, dès la fin des cours, l'agent retourne travailler dans son établissement. Dorothée est affectée sur son futur poste mais elle est accueillie en tant qu'aide soignante. Durant cette période transitoire, une partie de l'équipe ne lui reconnaît pas le droit de pratiquer des soins infirmiers. Elle sollicite un accompagnement pour son futur poste mais des collègues lui renvoient l'illégitimité de sa demande. Elle n'est pas encore à sa place. Ils ne la considèrent pas comme faisant partie des leurs en l'absence du

diplôme. L'inscription sur le planning renforce le pouvoir de la certification au détriment de la personne car seul le papier valorise la réussite de sa formation.

Après, la délibération du jury lui impute la responsabilité d'une fonction qu'elle ne maîtrise pas encore. Elle se retrouve en grande difficulté. Le contrat est irrévocable alors elle se résigne à ne pas en parler. Personne n'aurait de solution :

D 35- L 125 à 126 « (...) Parce qu'au bureau, j'avais déjà demandé de ne pas être en psy et on m'a dit c'est ça ! (...) »

D 36- L 128 à 129 « (...) A l'administration, au service de Direction ... de Relations Humaines. Et euh... on m'a dit c'est ça, c'est la psy. (...) »

La répétition de « c'est ça » renforce l'irréversibilité de la décision.

Elle déplore la charge de travail administrative occasionnée par la réglementation des soins sans consentement. Elle insiste sur l'année qui lui a été nécessaire pour connaître la lourdeur administrative :

D 43- L178 à 180 : « (...) il m'a fallu quand même une année, quand même une année pour connaître l'administration correctement. Et ça, ça c'est lourd ! Et, beaucoup d'infirmiers le disent hein, c'est lourd ! (...) »

Aujourd'hui, dans son unité, les discussions évoquent les comportements des patients mais beaucoup moins de psychopathologie. Il y a aussi de la maîtrise physique à laquelle elle doit parfois contribuer également.

Synthèse : Elle démontre que la logique d'établissement s'appuie en priorité sur le diplôme avant la considération de la personne. La lourdeur administrative de la psychiatrie insécurise les débutants.

#### ❖ La logique institutionnelle

Elle insiste beaucoup sur le positif du relationnel avec les patients. Elle apprécie la présence d'anciens infirmiers qui ont su s'adapter à la nouvelle organisation des soins. Ils contribuent à transmettre une certaine Histoire de la psychiatrie :

D 58- L 283 à 284 : « (...) il y a de l'histoire quoi. Les gens quand ils arrivent, ils ont vingt ans d'histoire et tout. Les anciens, ils nous le disent cette histoire (...) »

Sa conception du soin est très proche de la logique institutionnelle. Par exemple, elle emploie le mot « personne » pour désigner le patient dont le projet d'appartement est en cours de stabilisation :

D 66- L 337 : « (...) la personne est dans son appartement et ça se passe bien (...) »

Cela témoigne de son intérêt à prendre soin d'autrui sans différenciation ou stigmatisation. Sa satisfaction au travail va au-delà de l'accomplissement de son travail quotidien. Par sa posture réflexive, elle reste attentionnée aux propos des patients. Elle est dans la recherche du bien-être de la personne. Le fait qu'elle soit reconnue personnellement « bonjour Dorothée » lui assure une reconnaissance et une place de soignante :

D 77- L 476 à 478 : « (...) Quand le matin, j'arrive ici et qu'on me dit : « Ah bonjour Dorothée ! Bonjour ! Bonjour Dorothée ! » ça vous fait plaisir. Avant, j'arrivais on me disait bonjour et encore à peine (...) »

Les patients reconnaissent maintenant une personne avec ses qualités humaines au-delà de la fonction infirmière qu'ils voyaient au début.

Ses critères de qualité reposent sur le relationnel établi avec le patient, sur son bien-être et sur son apaisement psychique.

Synthèse : Elle attache beaucoup d'importance aux soins relationnels. Elle s'adresse plutôt à une personne en souffrance qu'à un patient. Elle est sensible au fait que les patients l'appellent par son prénom. Elle n'est plus une infirmière anonyme.

### V. 2. 3. 3. Confrontation avec l'hypothèse

Dorothée souligne que la logique institutionnelle peut être au service de la logique d'établissement. En effet, les infirmiers les plus expérimentés ont su s'adapter et apportent leurs compétences aux nouveaux. En revanche, elle signale que la logique d'établissement accapare le temps soignant pour un travail administratif, au détriment de la logique institutionnelle avec ses activités et sa créativité.

Sans aucun accompagnement thérapeutique à son arrivée, elle accepte douloureusement de relever le défi des mises à l'épreuve. Grâce à sa maturité professionnelle, elle utilise sa réflexivité. Elle se construit ses apprentissages. Elle fait son compagnonnage au contact des patients, des soignants et des médecins. Maintenant, elle envisage de continuer à s'investir en psychiatrie. Elle a sa place dans une confiance réciproque au niveau de l'équipe. La stabilisation du patient dans son appartement, ne serait-elle pas sa première œuvre ?

#### **V. 2. 4. L'analyse transversale**

Nous effectuons une analyse transversale pour chaque thème. Nous parlons dorénavant d'un jeune infirmier représentatif.

##### **V. 2. 4. 1. L'intégration**

###### **❖ L'accueil**

L'arrivée en psychiatrie est vécue comme une rupture. Le jeune soignant est attendu pour son diplôme. Il est alors confronté à l'énorme écart entre ce qui est attendu de lui et de ses compétences réelles. Il ne se sent pas à la bonne place. Personne ne prend soin de lui dans sa découverte de la psychiatrie. Il perçoit un accueil différent entre les nouveaux qui ont exprimé leur volonté de travailler en psychiatrie et les autres qui doivent faire leurs preuves.

###### **❖ L'aide reçue**

Il n'a pas reçu l'aide espérée. S'il demande à anticiper sa prise de fonction, l'argumentation du refus repose sur l'attente de la certification du diplôme. Il est généralement livré à lui-même dans une grande insécurité. L'aide peut être dirigée en fonction des besoins du service et non sur ses réels manques.

###### **❖ L'aide souhaitée**

Il souhaite un accueil individualisé qui tient compte de son contexte singulier. C'est l'occasion d'une présentation du service et des outils indispensables comme l'utilisation du logiciel des dossiers patients informatisés. Il est indispensable de prendre conscience que son autonomisation ne peut être que progressive. Il arrive totalement néophyte à la spécificité de la psychiatrie dans un lieu inconnu. En priorité, il a besoin de sécurité. Ensuite, la présence d'indications le guide vers les personnes ressources dans divers domaines. Il recherche quelqu'un à qui pouvoir confier ses difficultés et exprimer ses besoins.

###### **❖ L'expression de son ressenti**

Au début, il se sent abandonné dans un monde inconnu où il n'a aucun repère. Les collègues expérimentés lui génèrent un malaise. Certains veulent bien l'aider mais ils n'ont pas le temps. D'autres refusent délibérément. Enfin, l'aide peut être accompagnée de mises à l'épreuve.

Il stresse à assumer les responsabilités d'une fonction qu'il ne maîtrise pas encore. Il évalue rapidement la nocivité de certaines prises en charge.

#### ❖ Confrontation au Réel de la folie

Sa première rencontre de la psychiatrie, en assumant la responsabilité infirmière, l'a impressionné. Sans explication théorique suffisante, il se sent en insécurité. Par la suite, progressivement, il participe activement dans la gestion de situations compliquées. Il commence à avoir le recul suffisant pour repérer la pertinence d'une prise en charge. Avec un peu d'expérience, il repère vite ses limites d'autonomie et n'hésite alors pas à passer le relais à un collègue.

#### ❖ La marge de manœuvre

Il y a une différence entre la clinique institutionnelle et le fonctionnement hospitalier. Le premier offre une grande prise d'initiatives personnelles. La cohésion d'équipe existe car elles sont discutées auparavant collectivement. Ainsi, les moniteurs partagent leurs plaisirs dans des activités très variées. La créativité y est abondante, comme dans les activités sportives ou informatiques. La marge de manœuvre semble plus réduite à l'hôpital. Il est nécessaire tout d'abord de bien connaître les patients et leur pathologie. Ensuite, l'initiative, notamment en matière d'activités, est tributaire d'un effectif en personnel trop souvent réduit au minimum. Enfin, là aussi, la cohésion d'équipe est un paramètre important.

#### ❖ L'investissement

L'investissement est tributaire des possibilités d'initiatives surtout en matière d'activités. Avec un peu d'expérience, l'investissement s'oriente vers des projets individualisés pour les patients.

#### ❖ Le point de rupture

Au tout début de la carrière, une insécurité trop forte le fait fuir. Par la suite, il n'accepte plus le mépris quel qu'il soit. D'abord, il se refuse à devenir un *Pharmakon*. Nuire aux patients lui est intolérable. De même, il n'accepte plus les marques d'irrespect du service ou de l'établissement à son égard.

#### ❖ La fidélisation à la psychiatrie

La fidélisation en psychiatrie se construit pas à pas. La première étape de l'insécurité dépassée, les soins relationnels offrent une satisfaction très importante. Ils s'établissent grâce à la médiation d'activités. Le jeune soignant utilise alors toute sa créativité pour organiser des activités avec des patients. Il partage avec eux ce qu'il aime bien faire dans ses loisirs. Au-delà d'un savoir faire, les soins relationnels mettent en jeu le savoir être du soignant. La relation chez le nouveau consiste en une discussion avec le patient, protégé par la blouse blanche. Avec l'expérience, celle-ci s'efface petit à petit. La relation se poursuit de personne professionnelle à personne en attente de soins. Il est clairement exprimé la satisfaction d'un bonjour personnalisé contrairement au simple bonjour anonyme. La qualité des soins relationnels augmente en parallèle avec les connaissances théoriques.

#### V. 2. 4. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques

##### ❖ L'accompagnement initiatique

De nouveau, la cohésion est importante dans l'accompagnement d'équipe. En tant que néophyte en psychiatrie, les activités servent également de médiation à l'apprentissage. Après une avancée dans l'expérience de quelques pas, c'est-à-dire avoir acquis quelques bases de théorie, la participation aux situations compliquées contribue à augmenter ses connaissances en psychopathologie (étude des comportements normaux et pathologiques de la vie psychique). Face à une situation inconnue, le jeune soignant en psychiatrie découvre beaucoup de choses sur lui-même. Il s'ouvre alors à plus d'initiatives qui le satisfont.

##### ❖ L'accompagnement maïeutique

L'aide individuelle est nécessaire. Elle ne peut se concevoir qu'après une confiance établie. Le jeune soignant peut alors prendre du recul sur ses émotions. C'est une aide individualisée très performante. Le novice acquiert rapidement les apprentissages nécessaires pour rechercher par la suite les informations dont il a besoin. L'accompagnement maïeutique peut également devenir un *Pharmakon*. La dérive réside dans l'utilisation de cet accompagnement pour former le jeune aux besoins exclusifs du service. Il devient alors l'infirmier avec une blouse blanche assez épaisse.

La pertinence de cet accompagnement réside, au début, dans l'expression des émotions. Par la suite, il contribue dans l'effacement de la blouse. Le soignant se personnalise en découvrant le professionnel qu'il souhaite devenir, acceptant ou réfutant certaines orientations de prises en charge. Ensuite, la réflexion peut être nourrie lors de réunions ou de débriefings collectifs.

#### ❖ L'accompagnement thérapeutique

La première affectation dans un service de psychiatrie représente toujours une rupture. Le novice est « débarqué » dans un monde inconnu où il n'a aucun repère. Il est totalement démuni face au Réel de la folie. Esseulé, la solution la plus réalisable pour se protéger est la fuite. Alors, dès son accueil, il est indispensable de prendre soin lui, de le sécuriser et de le rassurer. A-t-il déjà des repères sur le plan géographique et social ? Accueillir quelqu'un, c'est lui signifier qu'il est attendu, que nous avons plaisir à le rencontrer. L'idéal, selon les possibilités, est de travailler un temps en doublon avec un collègue expérimenté. L'intérêt est de réduire au maximum la responsabilité qui lui incombe une fois en poste parce qu'il ne maîtrise pas suffisamment le contexte environnemental de l'unité de soins. L'accueil peut se faire en amont de la prise de poste. Il réclame au début les informations primordiales : le repérage des lieux, les outils (protocoles, conduites à tenir, etc.) à disposition, les logiciels et leur fonctionnement. L'important est de prendre en considération qu'il est d'abord un soignant en construction. La responsabilité des soins attachée au diplôme ne peut être que partielle car il ne maîtrise pas encore les soins à prodiguer. L'acquisition de repères élargit les responsabilités à assumer.

#### ❖ La confiance d'abandon

A son arrivée dans ce monde inconnu que représente la psychiatrie pour lui, le jeune infirmier fait entièrement confiance au service pour le prendre en charge. Il se sent totalement démuni. Il souhaite être protégé. Il craint, d'une part, d'être confronté à ses peurs éventuelles de la psychiatrie. Il redoute, d'autre part, ses erreurs par méconnaissance dont il devra assumer la responsabilité que lui impose son diplôme. La confiance abandon sollicite un accompagnement thérapeutique.

#### ❖ La confiance émancipatrice

La confiance émancipatrice peut s'installer dès l'embauche du nouveau. La participation à une activité, en présence d'un collègue plus expérimenté, est l'occasion de prendre de

l'assurance au contact des patients. C'est l'occasion de créer les affinités nécessaires pour construire un accompagnement maïeutique.

#### ❖ La confiance réciproque

Dans un fonctionnement institutionnel, la confiance réciproque est totale et immédiate. Elle permet la prise d'initiatives sans attendre. Dans un fonctionnement hospitalier, elle se construit petit à petit. Il faut peut-être d'abord faire la preuve de ses capacités pour obtenir une certaine confiance de l'équipe. Dans ce cas, elle est contradictoire avec la confiance émancipatrice. La marge de manœuvre du jeune soignant découle de l'étendue de la confiance réciproque.

La réciprocité est nécessairement symétrique. Le jeune doit connaître le vrai besoin de l'équipe ou de l'employeur. La perception d'être attendu pour ce qu'il représente, soit un diplôme indispensable pour combler un quota, soit une force physique pour contenir des patients, peut lui générer de la méfiance vis-à-vis de l'équipe. Le processus pour partir va s'enclencher.

#### ❖ La logique d'établissement

Le jeune soignant reconnaît l'importance de la logique d'établissement pour faciliter ses premiers jours de travail. Les procédures, les protocoles et la fiche de poste entre autres, le rassurent car ils définissent clairement l'organisation du travail et les tâches à effectuer. En revanche, la lourdeur administrative propre à la psychiatrie (les soins sans consentement) l'insécurise au début. C'est une responsabilité énorme qu'il ne peut assumer tout de suite. Par la suite, c'est du temps de travail fastidieux et obligatoire qui est toujours au détriment des prises en charge auprès des patients.

La logique d'établissement ne s'intéresse qu'au diplôme. Le nombre de blouses blanches est alors le témoin de la qualité d'organisation des soins. Cependant, les normes de qualité, très importantes dans la logique d'établissement, ne sont parfois pas en adéquation avec une prise en charge de qualité. Par exemple, elle protocolise la contention physique en tant que prise en charge, alors qu'au nom de l'hygiène, les possibilités d'activité cuisine sont très réduites.

#### ❖ La logique institutionnelle

Le jeune soignant apprécie la marge de manœuvre que lui offre la logique institutionnelle. Grâce à la créativité suscitée dans l'élaboration d'activités avec les patients, il s'implique



personnellement dans les soins. Tout cela contribue à soigner l'ambiance du lieu de soins. Le travail relationnel en est amélioré.

Au début, la logique institutionnelle peut le dérouter. En effet, il a mis trois ans pour réussir à endosser sa blouse d'infirmier diplômé. Il craint perdre cette identité en étant phagocyté par le groupe de moniteurs. Il en est de même à l'hôpital avec le besoin de réaliser des soins techniques.

Plus tard, avec un peu d'expérience, il prend plaisir quand son implication personnelle se traduit par la reconnaissance nominative par le patient. Son identité professionnelle n'est plus en danger. Il peut quitter sa blouse symbolique.

#### ❖ La logique d'Institution

Le jeune soignant peut reconnaître que son employeur n'est pas le seul responsable du manque de moyens nécessaires pour des prises en charge de qualité. Si la cause est au niveau de l'Etat, rien ne peut améliorer la situation de son service. Autant aller chercher un autre service qui bénéficie de plus de moyens...

#### V. 2. 4. 3 Confrontation à l'hypothèse

A son arrivée dans un univers qu'il ne connaît absolument pas, le jeune soignant est dans la confiance abandon. Il n'a plus ses repères habituels de technicité. Il est en attente d'un accompagnement thérapeutique. La logique d'établissement est alors un soutien par ses conduites à tenir ou par la fiche de poste.

L'accompagnement initiatique est vécu comme une mise à l'épreuve (un rite initiatique ?). Il s'y découvre des capacités encore inconnues. Il ressent l'accompagnement maïeutique comme un leurre. Son but est de le former aux besoins du service. La confiance émancipatrice est efficace à partir d'une petite ancienneté. La confiance réciproque se construit petit à petit, preuve après preuve de part et d'autre. C'est par sa propre construction d'apprentissages qu'il va s'intégrer.

La logique institutionnelle contribue à sa fidélisation. Les projets d'activités sollicitent sa créativité. Il prend alors plaisir dans la relation avec les patients.

## **V. 3. Retour à l'hypothèse**

### **V. 3. 1. Dernière reformulation**

Notre hypothèse de travail est axée sur l'accompagnement :

**La fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie s'effectue grâce à un accompagnement construisant une confiance réciproque dans l'équipe dans un fonctionnement permettant à la logique institutionnelle de se développer.**

La rencontre de jeunes soignants nous alarme sur l'accompagnement réalisé sur le terrain. Ils doivent s'intégrer immédiatement alors que personne n'a pris le temps de les accueillir. Nous comprenons leurs difficultés à parler de leur fidélisation. Il est important de tenir compte de la temporalité. La fidélisation est un processus qui comporte au moins deux phases importantes : l'accueil et l'intégration.

Au départ, l'accueil est évidemment un moment crucial pour leur envie de découvrir la psychiatrie. La plupart du temps, ils affrontent seuls ce monde inconnu. Les outils de la logique d'établissement leur apportent alors un grand soutien. Ils déplorent que personne ne prenne en compte la nécessité d'un espace temps avant d'être opérationnel. Ils doivent repérer les lieux, les outils et leur fonctionnement, notamment les logiciels informatiques avant d'accomplir simplement des tâches basiques.

Ils se recentrent sur ce qu'ils savent faire c'est-à-dire les soins techniques. Cela crée peut-être une incompréhension dans l'équipe d'où émerge (ou perdure ?) une certaine rivalité entre « les psy » et les « D. E. », les infirmières des soins généraux. Ils demandent un accompagnement thérapeutique d'abord pour se familiariser avec le service. Ensuite, cela les sécurise pour faire connaissance avec le Réel de la folie.

Les activités avec les patients sont une bonne alternative pour aborder les patients. La possibilité d'entraide avec un collègue facilite l'approche de la maladie mentale. Selon le contexte du service, l'accueil est important et impose un temps nécessaire.

Les jeunes rencontrés nous confirment la mise en garde de Boutinet (2007) sur les conduites de projets. Les collègues leur proposent, de façon inconsciente, une aide pour se conformer aux pratiques du service. Ils le perçoivent très vite et se sentent piégés. Ils réfutent se fondre dans un fonctionnement qui les interpellent. Le terme d'accompagnement pour l'intégration des jeunes en psychiatrie laisse trop de pouvoir à la logique d'établissement. Dorothée nous dit qu'elle a appris par elle-même grâce à sa réflexivité. Elle a puisé le sens de sa pratique au contact des patients, par son

questionnement aux médecins, par les échanges dans les diverses réunions. L'équipe lui transmet ce dont elle a besoin. Dorothée bénéficie donc d'un compagnonnage.

Le compagnonnage semble le plus adapté pour la fidélisation des jeunes soignants. Il traverse le temps grâce à ces fondements. L'étymologie latine *con - panis* signifie avec le pain. Il y a la notion de respect mutuel entre les deux personnes dont l'une partage le pain qu'elle possède. Plusieurs définitions du compagnonnage en découlent. Celle du compagnon de route nous intéresse plus particulièrement. Le novice et l'expérimenté sont tous les deux infirmiers. Chacun va partager ce qu'il sait dans la prise en charge des patients atteints de maladies psychiatriques. Paul nous rappelle que le compagnonnage s'appuie sur : « (...) la transmission des gestes du métier, l'entraide sociale, et une filiation de l'ordre du sacré (...) » (2004, p. 48).

Dès leur arrivée en psychiatrie, les novices cheminent avec des collègues enrichis d'une expérience plus ou moins longue. La rencontre intergénérationnelle est rassurante et sécurisante.

Le compagnonnage prend en compte la temporalité. L'infirmier expérimenté se construit pas à pas, épreuve après épreuve comme le souligne Dorothée. Cette évolution graduelle rejoint les couleurs dans la pédagogie institutionnelle élaborées par Fernand Oury. Nous tenons compte ainsi de l'acquisition de compétences en psychiatrie et non d'un diplôme générique d'infirmier. L'inexpérience est reconnue, la formation de l'infirmier concernant la psychiatrie commence.

Le deuxième volet, l'entraide sociale, répond en partie à l'accompagnement thérapeutique souhaité pour prendre en charge toutes les ruptures occasionnées par leur arrivée.

Les deux premiers piliers du compagnonnage, l'apprentissage de la spécificité de la psychiatrie et le soutien social, permettent d'asseoir leur intégration en psychiatrie. Le troisième pilier leur ouvre la route vers la filiation idéologique qu'ils ont de la psychiatrie. Nous pouvons envisager une fidélisation au moment où les jeunes entrevoient la porte qui va les emmener vers leurs convictions idéologiques de la psychiatrie, c'est-à-dire vers leur filiation professionnelle.

La fidélisation ne peut se faire que dans la spécificité de la psychiatrie et non dans un service. Nous affinons maintenant notre hypothèse :

**La fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie s'effectue d'abord par une intégration réussie grâce à un compagnonnage construit dans une confiance réciproque de l'équipe dans un fonctionnement permettant la logique institutionnelle de se développer.**

### **V. 3. 2. Ultime mise à l'épreuve**

Nous remettons une dernière fois notre hypothèse à l'épreuve auprès d'une jeune infirmière. Nous utilisons le même guide d'entretien que précédemment. L'analyse, effectuée de façon linéaire, est simplifiée. Nous recherchons dans l'entretien les éléments d'un compagnonnage ainsi que les différents modes d'accompagnement et les confiances attenantes. Les deux logiques sont également soulignées.

Fiona : l'adepte de la philosophie du compagnonnage

Fiona est une jeune infirmière qui s'est très vite orientée vers la psychiatrie. Elle a organisé sa formation pour faciliter son travail futur. Elle collabore à un module optionnel concernant cette problématique. Son mémoire de fin d'études porte également sur cette spécificité. Elle passe son diplôme dans une unité de soins psychiatrique où elle travaille depuis un an et demi.

Elle n'a donc pas eu de difficulté lors de sa prise de poste. Cependant, elle exprime le fait qu'un jeune diplômé se retrouve dans la confiance d'abandon s'il ne connaît pas le service. La concernant, elle évoque « un travail de transition » à faire entre la position d'étudiante et celle d'infirmière, une fois diplômée. La notion de « travail » indique un relais qui nécessite d'être pensé. Le changement se situe surtout au niveau des responsabilités à endosser dès la prise de poste. La personne embauchée a à prendre une posture différente à son arrivée :

F 4- L 44 à 46 : « Mais là de s'afficher, enfin de, d'arriver en tant que professionnelle et non plus étudiante, c'est un tout petit remaniement à faire mais il est important. »

Elle cherche donc à faire ses preuves pendant le stage du diplôme. Elle est dans la recherche d'une confiance réciproque de l'équipe avant sa prise de poste :

F 5- L 50 à 52 : « il faut être crédible. Il faut montrer que les connaissances sont là et qu'on est presque prêt à être sur le terrain. »

F 6- L 54 à 56 : « Crédibilité, j'entends euh... ben qu'on ... que les collègues puissent se dire que « dans deux semaines, je peux travailler avec cette personne ... elle aura les compétences et je, je, ça me fait pas peur ». Ça je trouve que c'est important. »

Ses propos témoignent des différents accompagnements étudiés. Nous percevons l'accompagnement initiatique lorsqu'elle évoque l'intégration rapide des nouveaux soignants. L'accompagnement maïeutique est repérable dans les échanges avec l'équipe. Enfin, le mode thérapeutique est sous-jacent dans la disponibilité offerte par l'équipe pour répondre aux questions sans aucun jugement :

F 10- L79 – 82 : « ... les nouveaux arrivants dans l'équipe, en tout cas moi je l'ai perçu comme ça, sont très vite intégrés et euh... voilà. Il y a pas de questions bêtes, il y a pas de, de réponses idiotes non plus. On ... il y a un échange qui se fait naturellement qui fait que ... on est mis à l'aise assez rapidement dans l'équipe et intégré. »

Nous comprenons un certain compagnonnage dans cette intégration. Le nouveau est vite dans l'action avec l'équipe. Elle lui apporte son aide avec un respect sincère. Le jeune est acteur à part entière de son intégration. Plus loin dans l'entretien, le fait que le jeune demande de l'aide dans l'action rappelle le compagnonnage. Ici, l'accompagnement initiatique est évident.

Fiona va chercher l'aide dont elle a besoin. Elle reste actrice de son intégration dans le sens de se construire professionnellement et non pour s'autonomiser par un moulage au fonctionnement. Elle s'adresse alors à une collègue, légèrement plus expérimentée, qui partage vraisemblablement un même ressenti :

F 14- L 104 à 106 : « c'était un petit peu comme un miroir où je pouvais me refléter en me disant elle l'a déjà vécue donc elle peut m'aiguiller et me répondre à mes questions »

Nous retenons l'image du miroir ...

L'apprentissage théorique se réalise par la réflexion en équipe. Le patient en tire également des bénéfices. Le temps d'élaboration, passé sur chaque dossier avec des acteurs professionnels d'horizons divers, enrichit les prises en charge.

Elle se sent aussi aidée dans les responsabilités à tenir. L'équipe se soude pour assumer la maîtrise physique d'un patient lorsque plus aucune négociation n'est possible :

F 24- L 167 à 169 : « dans ces cas-là, c'est une cohésion d'équipe, c'est-à-dire qu'on se met d'accord et on assume la responsabilité, c'est-à-dire euh... vis-à-vis du médecin, vis-à-vis de ... ben des différents supérieurs hiérarchiques. »

Elle nuance ses propos sur le partage des responsabilités en précisant le caractère exceptionnel de la situation :

F 25- L 172 à 174 : « Mais quand c'est vraiment dans l'urgence, la cohésion bon ben là, tout de suite, on va toutes dans le même sens. Et ensuite, on ... on prend le temps de discuter sur ce qui s'est passé »

L'importance de la situation impose de sécuriser tout le monde, l'équipe, le patient lui-même ainsi que les autres. Elle annonce un temps informel d'analyse des pratiques pour décortiquer la situation. Elle précise la solidarité au moment de l'action et les désaccords sont discutés par la suite en équipe. Il est important de confronter les différents points de vue avant de prendre une décision qui est suivie par tous. La responsabilité est alors partagée. Nous repérons la logique institutionnelle car l'équipe n'est pas dans l'application systématique d'un règlement.

Elle a toujours de l'empathie pour le patient même après s'être fait agressée :

F 31- L 203 à 207 : « l'agitation en psychiatrie, c'est l'expression d'une souffrance. C'est ... quelque chose qui est extériorisée sous cette forme-là. (...) voir la souffrance plutôt qu'une agression directe envers le, le soignant. »

Elle explique ce point de vue par des initiatives personnelles. Elle s'est construite une enveloppe protectrice par le croisement de lectures et les échanges en équipe :

F 31- L 207 à 208 : « Ça, c'est ... une protection que j'ai façonnée autour de moi. C'est ma façon de me protéger de l'agressivité soit verbale soit physique. »

Elle insiste sur la nécessité d'un complément d'informations à aller chercher de façon individuelle et des temps de réunion d'équipe pour rester professionnelle malgré la situation :

F 34- L 240 à 241 : « Et euh... par le biais de ces lectures et de ces différents euh... différents apports, c'est vrai que mon, ma perception des choses a aussi changé. »

Pour des moments pas trop difficiles, elle reste dans un accompagnement initiatique. Elle discute avec ses collègues pendant l'action ou juste après. En revanche, pour un vécu très intense, elle préfère en parler de façon différée. Elle revient sur son agression sans la décrire. Elle évoque juste qu'un patient s'est agrippé à ses cheveux. Nous repérons dans son ressenti la confiance d'abandon vis-à-vis de ses collègues. Pendant l'épreuve, elle se sent impuissante et terrorisée :

F 37- L 267 à 270 : « incompréhension totale (...) ça m'a bousculé, ça m'a vraiment euh terrorisé aussi parce que ça m'a vraiment fait peur. Je me suis retrouvée dans une situation où ... j'étais faible et je pouvais pas faire grand-chose. »

Elle est soulagée par l'accompagnement thérapeutique de l'équipe et des renforts à son égard ainsi que pour le patient :

F 37- L 270 à 273 : « ensuite rassurée parce que tout de suite l'esprit d'équipe est là. Il y a les renforts, il y a le monde qui vient et qui vient en aide ... à la fois à moi et au patient parce qu'il était aussi ... pas très bien euh... et il avait besoin d'aide lui aussi. »

Elle n'a pas pu en parler tout de suite. Mais après, elle amorce une posture réflexive pour comprendre ce qui s'est passé. Elle se pose plein de questions sur l'origine de ce passage à l'acte. Une discussion informelle en équipe l'a rassurée :

F 37- L 286 à 288 : « Et d'entendre ça, ça m'a vraiment rassurée en fait. J'étais pas visée, c'était un délire. »

Sa posture réflexive l'aide à prendre des initiatives :

F 54- L 413 à 415 : « la marge de manœuvre, ça va être de prioriser, c'est-à-dire qu'est-ce qui est le plus important ? C'est une question que je me pose souvent. »

Elle évalue régulièrement la priorité entre une tâche de la logique d'établissement et une action de la logique d'établissement. Elle assume alors la décision prise sans aucune culpabilité :

F 54- L 417 à 421 : « C'est tout un tas de questions. Est-ce que le plus important c'est de noter toutes ces données ou c'est d'entendre une souffrance au risque de ne pas l'entendre et de ... casser un lien. C'est un questionnement que ... euh... que j'ai tous les jours et qui me permet d'avancer en ... me déculpabilisant. »

Elle reconnaît la difficulté à faire un choix parmi les actions imposées par les deux logiques. Avec le temps, malgré sa petite expérience, elle assume dorénavant sa décision :

F 56- L 428 : « Maintenant, oui. J'ai mis du temps à l'accepter ... que je pouvais pas tout faire. »

Elle comprend la nécessité de répondre aux exigences de la logique d'établissement. Elle évoque la frustration ressentie de ne pas pouvoir s'occuper des patients pour ce temps-là. Elle s'est néanmoins affirmée et va auprès des patients.

Elle évoque l'idée que la blouse d'infirmière donne une énorme puissance à la personne qui l'endosse. Il existe alors un lien avec ce qu'elle dit de la transition entre l'image de l'étudiante et l'image de l'infirmière. La blouse assure peut-être un pouvoir « magique »

dans la représentation du métier d'infirmière qu'ont les étudiants et les jeunes diplômés La réalité de terrain ramène à une considération humaine de la fonction avec surtout ses capacités limitées.

F 58- L 447 à 449 : « le déclic ç'a été de me rendre compte, enfin de bien me mettre en tête qu'on n'est pas tout puissant et qu'on peut pas, enfin on n'est pas ... on n'est pas des supers héros, avec notre blouse »

Elle ne souffre plus depuis qu'elle assume le choix tourné vers la logique institutionnelle. Un accompagnement maïeutique de la part d'un collègue expérimenté la conforte dans cette décision. Sa déculpabilisation est d'autant plus importante :

F 59- L 462 à 465 : « il m'a déculpabilisé de tout ça. Euh... avant, je paniquais quand j'oubliais de noter une chose dans l'ordinateur. Maintenant, ben non, je transmets à mes collègues et je le note plus tard si besoin est. »

Elle s'est déjà impliquée dans l'accompagnement des nouveaux soignants. Elle envisage l'accueil par un accompagnement thérapeutique et une confiance émancipatrice résumé dans « mettre à l'aise » :

F 61- L 479 à 482 : « je pense que notre rôle, c'est de mettre à l'aise et je pense, enfin j'espère arriver à ... faire ça pour les personnes qui arrivent dans notre service, c'est-à-dire pas les mettre en difficulté, au contraire les mettre à l'aise dans leur euh... dans leur vie professionnelle quoi. »

Ce fonctionnement se rapproche de la philosophie du compagnonnage. Après avoir été aidée, elle apporte son soutien à ceux qui le souhaitent. Elle maintient sa conception que chacun doit se prendre en charge. Sa contribution n'est dirigée pas exclusivement vers le service, mais bien pour répondre aux demandes des nouveaux soignants.

Elle prône l'accompagnement initiatique et également la philosophie du compagnonnage par cette phrase :

F 62- L 488 à 489 : « On avançait ensemble et je pense que on devient ce qu'on est par rapport à ce qu'on vit avec les autres et ce qu'on échange avec eux. »

Fiona confirme notre hypothèse. Un compagnonnage où elle gère l'aide dont elle a besoin ne l'éloigne pas de ses valeurs à prendre soin d'autrui. La confiance réciproque est présente dans ce qu'elle appelle la cohésion d'équipe. Les divergences sont néanmoins reconnues et discutées. Enfin, trop de logique d'établissement lui serait insupportable. Elle se refuse de travailler « à côté » du patient à cause de la logique d'établissement. Cependant, elle perçoit la présence de la *Métis* dans la logique institutionnelle car elle



affirme pouvoir être auprès du patient. Cela témoigne d'une certaine ruse pour ne pas se laisser envahir par la logique d'établissement. Il semble également que *Kairos* lui soit devenu visible par cette phrase :

F 71- L 534 à 537 : « j'ai compris en un an et demi, là c'est très peu de temps, mais qu'on pouvait quand même trouver ce temps et se le garder précieusement ».

L'espoir est permis ...

Sur le terrain, nous découvrons des jeunes infirmiers dont certains ont été contraints de venir travailler en psychiatrie. Tous apprécient beaucoup les soins relationnels. Avec un soutien, un apport théorique et des explications, ils ne craignent pas le contact du Réel de la folie. La participation à l'élaboration d'activités permet de partager ce qui les anime. De plus, ils contribuent à apaiser l'ambiance. Ils ont des compétences et des capacités pas toujours sollicitées. C'est pourtant un levier pour se faire une place dans l'équipe.

Ils regrettent que l'unité de soins ne les aide pas suffisamment ni leur laisse le temps pour découvrir progressivement la maladie mentale. De plus, ils ne veulent surtout pas être un outil du service.

Il semble maintenant pertinent d'envisager une médiation pour atténuer le choc ressenti à leur arrivée. Leur rencontre, lors des entretiens, réoriente notre hypothèse vers le compagnonnage, plus adapté à leurs besoins.

Pour contribuer à la fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie, nous souhaitons proposer une articulation du compagnonnage dans la médiation nécessaire à leur intégration.

## **VI. Propositions d'actions**

Réfléchir sur la fidélisation des jeunes soignants en psychiatrie oriente nos propositions d'actions sur leur accueil et leur intégration.

Les jeunes se sentent esseulés à leur arrivée. Une médiation est alors utile pour faciliter leur accueil puis leur intégration. Elle est présente notamment dans le juridique et dans la psychanalyse. La notion de tiers est primordiale pour la socialisation. Elle permet de surmonter l'angoisse de l'inconnu.

Le compagnonnage est une forme d'apprentissage où le novice va à la rencontre de plusieurs maîtres. Il s'enrichit alors de toutes ces transmissions de savoirs pour réaliser son œuvre. Il s'engage aussi à transmettre à son tour tout ce qu'il a pu apprendre.

Plus que l'action du compagnon, c'est la philosophie du compagnonnage que nous proposons d'articuler avec la notion de médiation. Nous suggérons un « compagnonnage instituant » qui repose sur une triple assise.

Avant l'assemblage du trépied, nous invitons d'abord à prendre connaissance avec ce qu'est la médiation. Son origine nous dresse le premier pied : l'analyse des pratiques. Le second s'élève grâce à la source psychanalytique : l'élaboration d'un « Moi-peau professionnel ». Enfin, le trépied s'équilibre par la construction d'un projet d'unité de soins conçu comme un portfolio collectif.

### **VI. 1. La médiation : jamais deux sans trois**

Un retour historique révèle une source juridique de la médiation dans l'apaisement des conflits. Depuis bien longtemps, l'homme a essayé de trouver des solutions pacifiques aux désaccords.

#### **VI. 1. 1. Un peu d'histoire...**

Ben Mrad (2008, p. 15-40) nous signale que toutes les sociétés ont cherché à rétablir le lien social et la gestion des conflits par un tiers garant des normes et des valeurs de sa société. Il nomme cette médiation Régulation Négociée par un Tiers (RNT). Elle était basée sur des valeurs locales allant des principes religieux à la reconnaissance mutuelle de l'autorité d'une personne au sein du clan. En fait, elle était réalisée par une personne légitimée au sein d'une caste socialement élevée.

Mais la médiation s'est toujours opposée à l'application d'un jugement car : « ... les individus ont souvent inventés des “ espaces de paroles ” visant à restaurer les liens sociaux » (Ben Mrad, 2008, p. 33).

Ainsi, la médiation a continuellement cherché à rétablir des échanges pacifiés entre les protagonistes. Sans se substituer à la justice de l'Etat, les communautés ont géré et apaisé eux-mêmes leurs conflits internes.

L'auteur reconnaît qu'il est difficile de comparer la médiation exercée autrefois avec celle de nos jours. Aujourd'hui la médiation repose sur des principes de neutralité, d'impartialité et d'indépendance. C'est devenu un processus de mise en dialogue de personnes qui ont un litige. La gestion est confiée par les personnes concernées à un tiers dont elles reconnaissent la neutralité. Il doit également avoir des compétences dans la conduite de réunion.

#### **VI. 1. 2. Le médiateur : du bon sens et du savoir-être**

Ben Mrad, à l'aide d'exemples tirés des pratiques du passé, insiste sur la légitimité donnée au médiateur par les belligérants. Dans chaque situation présentée, le médiateur était reconnu pour sa sagesse, son bon sens et son savoir-être. Il n'était pas un homme de loi statuant en fonction de la législation en vigueur, mais plutôt la personne considérant les normes et valeurs de la communauté d'un côté et le contexte du différent de l'autre. Il s'appuyait ainsi sur ses valeurs humanistes pour proposer une solution.

De nos jours également, l'appareil judiciaire tend à être plutôt dans la médiation pour les conflits “ ordinaires ” c'est-à-dire autres que les délits et les crimes. Par exemple, dans un conflit de voisinage, un juge va chercher une solution dite du “ gagnant/gagnant ” afin d'éviter que l'un se sente lésé et fasse perdurer le conflit. L'intérêt est d'apaiser la situation pour rétablir des liens corrects de voisinage.

L'aspect juridique nous apprend l'importance de reconnaître les deux parties. Ainsi, il est essentiel que l'avis du nouveau soignant soit pris en compte dès son arrivée. Bien sûr, il embauche généralement sur un poste vacant et dans un contexte d'effectif en personnel souvent compliqué. Une adaptation rapide dans le fonctionnement facilite le travail de toute l'équipe. Il s'agit plutôt d'utiliser un espace de paroles collectif comme par exemple un groupe d'analyse des pratiques.

## **VI. 2. Le groupe d'analyse des pratiques**

La mise en place d'un tel groupe offre plusieurs avantages à l'équipe notamment aux nouveaux arrivants.

Le premier est de pouvoir échanger en équipe sur les ressentis de chacun à un moment donné et dans un lieu défini avec la participation de quelqu'un pour gérer toutes les interactions. Cette personne, régulatrice, doit être légitimée par l'équipe. Elle tient une fonction de tiers, c'est-à-dire qu'elle est garante que la discussion ne dérive pas en conflit. Pour cela, elle ramène tous les propos chargés d'émotion dans le champ professionnel. Elle peut utiliser la reformulation ou ouvrir la discussion sur une recherche théorique à propos de la situation évoquée. Ce tiers est nécessaire pour mettre à distance notre émotion afin de pouvoir mieux réfléchir sur notre pratique. Ainsi, il est essentiel qu'une troisième instance s'interpose entre soi et sa pratique, entre soi et le patient, entre soi et l'équipe, entre soi et l'institution pour nous aider dans notre réflexivité.

Les nouveaux peuvent y déposer leurs vécus. Il est vrai que les entretiens nous disent leur préférence pour un interlocuteur avec qui des affinités se sont créées, pour évoquer leurs ressentis. Mais ils réfutent en même temps un accompagnement trop « moultant ». La possibilité de pouvoir exprimer leurs émotions ouvre vers un réajustement rapide des problèmes rencontrés. Des petites choses du quotidien sont insignifiantes pour qui les maîtrise. Mais elles sont parfois insurmontables pour ceux qui les découvrent. Jean Oury, psychiatre et médecin directeur de la clinique de La Borde en parle très bien dans son entretien filmé avec le cinéaste Philibert<sup>16</sup>. Il décrit des moniteurs pour qui les choses sont parfois anodines et à d'autres moments ne le sont plus. Il les appellent les « ça va de soi » et les « ça va pas de soi ». Il est vrai que les choses ne vont pas de soi. L'évocation des petites difficultés rend plus confortable l'accueil des nouveaux.

Le deuxième intérêt réside dans les acquisitions théoriques et pratiques dont peuvent bénéficier les nouveaux. Les situations compliquées y sont décortiquées. C'est un temps formateur à mettre à profit. Par exemple, la crise d'un patient psychotique est le moment le plus redouté chez les jeunes embauchés. Elle rend les soignants opérateurs d'actions structurées lors d'applications de procédures. Mais plus que dans le relationnel quotidien, la crise développe la possibilité d'y ajouter une part personnelle. Elle est un espace d'actions contrôlées dans lequel chacun déploie en plus, par nécessité, une ingéniosité de

---

<sup>16</sup> Oury, J. (1996). « L'invisible », bonus du DVD de Nicolas Philibert sur « la moindre des choses », Ed : Montparnasse 2002

propositions au patient en crise pour tenter de l'apaiser. Elle devient donc un interstice où chaque soignant, expérimenté ou non, développe un pouvoir d'agir.

Toutefois, utiliser ce pouvoir d'agir dans l'immédiateté nécessite un espace où toute l'équipe puisse réfléchir sur ce qui s'est passé, en amont de la crise jusqu'à sa gestion. C'est ce qui est appelé des espaces de médiations. Ils servent à identifier non seulement l'origine de la cause mais aussi le pourquoi de la réussite ou l'échec des actions entreprises. Un apport de la psychopathologie nourrit les apprentissages sur les agissements normaux et pathologiques des patients. Les espaces de médiation sont alors indispensables dans le travail au quotidien en psychiatrie.

Enfin, le troisième bénéfice est pour l'unité de soins voire pour le service entier. Les propos des jeunes soignants mettent en miroir le véritable fonctionnement de l'équipe. L'analyse des pratiques devient un bon indicateur des dérives insidieuses. Elle s'inscrit dans une logique institutionnelle pour lutter contre la chronicité ambiante.

### **VI. 3. La consolidation d'un « Moi-peau professionnel »**

La proposition de consolider le Moi-peau est de mieux préparer les nouveaux soignants en psychiatrie à leur confrontation à la psychose. Afin de faciliter la compréhension de notre démarche, nous commençons par une approche du concept de Moi-Peau d'Anzieu. C'est la construction d'une peau psychique élaborée par le bébé. Plus tard, lorsqu'elle est défaillante, notamment dans la psychose, nous relatons brièvement comment la psychanalyse utilise la médiation pour reconstruire le Moi-peau. Enfin, si c'est possible de le reconstruire par des techniques de médiation, alors nous envisageons simplement de le consolider chez les jeunes soignants.

La psychanalyse s'est intéressée à la médiation pour expliquer comment le nourrisson gère ses angoisses. Certes, les néophytes en psychiatrie ne sont plus des nouveaux nés, mais ils peuvent ressentir la même confiance abandon dans cette spécialité totalement inconnue. Ils ont besoin de comprendre progressivement le Réel de la folie.

Privat (Privat et Quélin-Souligoux, 2005, p. 14) attire l'attention sur le fait que les psychanalystes ne reconnaissent pas la médiation comme un concept de la psychologie. Elle est utilisée, dans le soin, pour transformer une production d'évènements en signes.

Elle participe ainsi à la symbolisation. Le psychanalyste Kaës (2004, p. 11-28) insiste sur l'importance de la médiation pour aider l'enfant à faire des ponts entre l'immédiateté et le différé, entre l'intérieur et l'extérieur, entre la présence et l'absence. Toutes ces oppositions lui génèrent de l'angoisse qu'il ne peut absolument pas gérer seul. Par exemple, l'objet transitionnel chez Winnicott (Kaës, 2004, p. 11), sert à l'enfant pour se séparer de sa mère d'un état de fusion à un état de relation distanciée avec elle. Plus tard, le père intervient comme tiers dans cette dyade pour favoriser l'individuation de l'enfant.

Nous pouvons dire que la médiation aide à « défusionner » l'enfant de sa mère. Pourtant, la naissance, de fait, les sépare physiquement. Anzieu nous rappelle que l'enfant développe un besoin d'attachement par : « des alternances brusques, répétées et quasi traumatiques, avant la marche, le stade du miroir et la parole, de surstimulations et de privations du contact physique avec la mère ou ses substituts » (1985, p. 62)

Il est nécessaire que l'enfant élabore une filtration de toutes ces informations ressenties.

### **VI. 3. 1. Le Moi-peau : un filtre protecteur**

Anzieu souligne l'importance de la peau comme organe de communication. Elle lui transmet des informations sur les stimuli externes. Elle donne également des renseignements à la mère concernant son bébé. L'auteur va construire son concept de Moi-peau à partir des travaux de Freud sur le pare-excitations.

Freud a élaboré une membrane psychique protégeant la personne de toutes les excitations provenant de l'extérieur. Le pare-excitations les filtre tout en laissant passer des informations. En revanche, il ne protège absolument pas l'individu de ses pulsions internes.

Beaucoup plus tard, Anzieu définit l'enveloppe psychique par une membrane, épaisse et dure, composée en périphérie par le pare-excitations. La couche plus interne, fine et souple, est une pellicule réceptrice du langage : « Elle perçoit des indices, des signaux, des signes, et elle permet l'inscription de leurs traces » (Anzieu, 1985, p. 258).

La pellicule est composée de deux faces, l'une tournée vers l'extérieur et l'autre vers l'intérieur. Il la décrit aussi comme une interface mettant en relation l'extérieur et l'intérieur.

Anzieu définit une enveloppe sonore très tôt chez le nourrisson. A sa naissance, elle s'élabore par les sons émis par le bébé et par ceux qu'il entend de l'extérieur. Elle amorce

la construction du Moi-peau et ses deux faces opposées. La mère joue alors un rôle très important. Elle va renvoyer une image sonore de ses gazouillis avec un décryptage de son ressenti. L'enveloppe sonore va de pair avec l'enveloppe tactile. La résonance des sons accompagnée du toucher de la mère contribue à la construction du Moi de l'enfant. L'auteur retrouve dans la mythologie grecque un lien avec le tactile et le sonore.

### **VI. 3. 2. Le mythe de Marsyas**

Athéna joue de la flûte à deux becs lors d'un banquet des dieux. Elle joue merveilleusement bien. Pourtant, Héra et Aphrodite se moque d'elle. Interpellée, elle va en jouer au bord d'une rivière en se regardant dans l'eau. L'image reflétée, révèle la grossièreté de la situation : ses joues gonflées avec la flûte au milieu. Elle jette celle-ci dans l'eau en lançant une malédiction à la personne qui s'en emparera.

Marsyas récupère la flûte et la porte sa bouche. Un son mélodieux est produit sans qu'il prenne la peine de souffler. Il déclenche la colère d'Apollon car les paysans préfèrent la flûte de Marsyas à la musique qui émane de sa lyre. Il provoque alors Marsyas en duel musical arbitré par les muses. Le vainqueur fera ce qu'il voudra du perdant. A la fin de la compétition, les muses n'arrivent pas à départager les musiciens. Apollon propose alors de jouer avec l'instrument à l'envers et de chanter en même temps. Impossible à faire avec une flûte, Apollon est déclaré vainqueur. Marsyas est pendu par les mains à une branche d'un pin. Il est alors écorché vif par le vainqueur. Sa peau est accrochée au pin. Le fait d'avoir gardé la peau dans son intégrité transforme le maléfice en destin bénéfique.

Sous la peau, maintenue pendue dans une grotte, jaillit le fleuve Marsyas, source de richesses pour les Phrygiens.

Anzieu explique le lien avec le Moi-peau :

Ce qui retient en effet mon attention dans le mythe de Marsyas et qui fait sa spécificité par rapport aux autres mythes grecs, c'est premièrement le passage de l'enveloppe sonore (fournie par la musique) à l'enveloppe tactile (fournie par la peau) ; et deuxièmement le retournement d'un destin maléfique (s'inscrivant sur et par la peau écorchée) en un destin bénéfique (cette peau conservée préserve la résurrection du Dieu, le maintien de la vie et le retour de la fécondité dans le pays) (1985, p. 68).

Plus tard, l'enfant, l'adolescent ou l'adulte atteint de psychose peut être remis en situation de reconstruction de son Moi-peau à travers des thérapies de régression. La médiation par la parole tient encore une place prépondérante.

### **VI. 3. 3. Le poids des mots, le Moi-peau**

Kaës fait référence au concept de Moi-peau d'Anzieu. De façon concise, ce concept définit la protection que se construit une personne contre toutes les excitations extérieures et contre tout éclatement de son intérieur psychique. Il cite Anzieu expliquant comment la médiation du thérapeute transforme en mots ce que le patient ne peut dire qu'avec son corps lui régénérant ainsi une barrière protectrice contre ses passages à l'acte. Anzieu le dit avec plus de poésie : « ... En mettant en mots lestés de leur poids de chair [...] le psychanalyste tisse [...] cette peau de mots sur laquelle le patient va [...] se reconstituer un Moi-peau ... » (Kaës, 2004, p. 26).

### **VI. 3. 4. La médiation, une protection pour le patient**

Plus largement, l'homme est confronté à de nombreux conflits psychiques comme par exemple entre la pulsion de faire quelque chose et son interdiction de le faire. Sans remettre en cause tout le travail parental de tiers et de médiation lors de la construction psychique de l'enfant, il est néanmoins parfois nécessaire qu'un thérapeute reprenne la fonction tiers pour une médiation entre le patient et ses conflits psychiques. Kaës introduit le travail psychique suscité par le thérapeute pour l'aider dans ses troubles. Cette médiation, par la mise en mots, renforce et protège le patient face à ce qui lui génère ce conflit. Elle réduit ainsi la production de symptôme. Le psychanalyste est alors le médiateur qui interprète le sens du conflit.

Si la médiation aide le patient dans sa régénérescence de son Moi-peau, ne peut-on pas envisager qu'elle consolide un « Moi-peau professionnel » chez le nouveau soignant démuni dans sa confrontation à la psychose ?

### **VI. 3. 5. Le « Moi-peau professionnel » du soignant**

Nous faisons le pari que le soignant doit se construire un « Moi-peau professionnel » pour se protéger. Nous présentons brièvement trois exemples parmi les plus significatifs.

Il est vrai que de chercher à intégrer le plus rapidement possible un nouvel arrivant dans une équipe peut lui générer inconsciemment de l'angoisse. Il peut craindre se dissoudre dans l'équipe accueillante voire maternante à son arrivée et perdre ainsi l'espoir de se construire professionnellement, c'est-à-dire se faire une place reconnue par ses collègues et par les patients. Cette fusion induite par l'équipe pour que le nouveau puisse être plus vite opérationnel, ne risque-t-elle pas de lui rappeler inconsciemment la fusion avec sa mère ?



Maintenant qu'il a réussi son individuation, ne craint-il pas d'être obligé de reconstruire une peau pour contenir son Moi ? Et reconstruire un pare-excitations ?

Face à la psychose, le jeune soignant doit aussi consolider une protection de son propre inconscient. Les personnes non psychotiques comprennent très bien ce que veut dire leur interlocuteur même si il y a une incohérence entre le verbal et le non verbal. Un lapsus nous fait sourire ; on peut comprendre un oubli ou un retard (acte manqué ?). Mais un patient psychotique ne peut absolument pas mettre de la distance face à ces distorsions dans la communication. Cela lui génère de l'angoisse qui peut se manifester de diverses manières lorsqu'elles s'extériorisent. Le soignant a donc besoin d'être très vigilant sur sa cohérence : entre ce qu'il dit et comment il le dit, entre ce qu'il dit et ce qu'il fait. De même, il doit apprendre à avoir le recul suffisant par rapport aux propos tenus par un patient psychotique. Comme le souligne Dorothée lors de son entretien, ce sont parfois des paroles « inentendables » pour qui n'est pas averti.

Le soignant inexpérimenté doit également contrôler ses angoisses. Face à une crise d'agitation, l'angoisse du soignant si elle est perçue potentialise celle du patient et contribue au passage à l'acte.

La blouse blanche à laquelle s'attache le jeune infirmier, représente peut-être la continuité de la filiation infirmière comme la peau de Marsyas assure la fécondité et la vie du peuple Phrygien. Elle le protège sur le plan tactile telle une carapace qui interdit au patient de le toucher. La blouse a alors la même fonction que la peau de la chèvre de Zeus qui l'a protégé jusqu'à ce qu'il devienne le Dieu des dieux. Puis, lorsque le jeune soignant a suffisamment consolidé son Moi-peau professionnel, il peut quitter la blouse et partir vers sa filiation professionnelle. En attendant, Fiona, nous dit qu'elle peut avoir un pouvoir magique dans la représentation que se fait le jeune infirmier du métier.

Ces exemples démontrent en quoi le soignant notamment l'inexpérimenté a besoin de se construire un Moi-peau professionnel. Tout comme le bébé ou le patient, cette protection s'élabore grâce à un tiers dans un espace de médiation.

### **VI. 3. 6. La médiation, protection pour le soignant**

Globalement, nous répertorions trois types de médiation qui aident le soignant à construire son Moi-peau. Chaque type participe à la fabrication d'une enveloppe psychique plus ou moins épaisse.

Le premier type de médiation est le suivi d'une analyse didactique. C'est l'essence même de tout psychanalyste. Le même fonctionnement est identique de celui décrit par Kaës pour

un patient. Le thérapeute aide le soignant, ici client, à revisiter son histoire, voire sa préhistoire, pour comprendre ses nouages dans son inconscient. Pour un soignant, suivre une analyse lui assure la construction d'une membrane psychique la plus solide pour affronter la psychose.

Le deuxième est la supervision. Généralement, un groupe de soignants se mettent en réflexivité grâce à un thérapeute formé à cette pratique. La supervision impose un fonctionnement très précis et rigoureux. Le groupe, une fois constitué, s'engage au respect des règles établies (confidentialité, horaires, présence, parler de son histoire personnelle). Le thérapeute n'appartient pas à l'institution où travaillent les membres. Le but de la supervision est d'aider le groupe à mieux comprendre les difficultés de chacun. Individuellement, grâce à la fonction tiers du thérapeute, les membres du groupe font le lien entre ce qui perturbe leur pratique et leur histoire personnelle. Ils sont plus armés pour gérer leurs émotions dans les situations délicates. La supervision construit une enveloppe moins épaisse que l'analyse sur le plan individuel. En revanche, elle en fabrique une, assez consistante, pour l'ensemble du groupe.

Enfin, la troisième est l'analyse de pratique. Elle consiste à parler de sa pratique en équipe au quotidien ou d'une situation particulière. Le groupe se réunit sans les patients. L'énonciation différée de la scène permet une mise en réflexion de toute l'équipe. Un tiers facilitateur peut être issu du groupe à la condition d'avoir une compétence dans la gestion de groupe et d'être reconnu dans cette fonction par l'équipe. Par manque de médecin ou de psychologue, l'animation est souvent confiée au cadre de santé. Il est néanmoins nécessaire de s'appuyer sur la théorie et la clinique pour expliquer le comportement des patients et les réactions dans l'équipe. Contrairement à la supervision, le médiateur évite qu'un soignant évoque trop son histoire personnelle. L'analyse de pratique favorise la construction d'une enveloppe face aux excitations extérieures de la psychose aussi bien pour chaque soignant que pour l'équipe.

Ainsi, le jeune soignant est protégé des stimuli exogènes mais pas de ses excitations pulsionnelles. Ainsi, c'est sa pellicule qu'il doit consolider. Tous les propos tenus par les patients et parfois leurs gestes, ne doivent pas stimuler ses pulsions. La difficulté pour les néophytes est de comprendre que le message des patients réside dans le signifiant des paroles et des actes et pas dans ses mots ni dans ce qu'ils nous montrent. L'histoire des patients leur suscite parfois de l'affect qui les sort du champ professionnel. Il n'est pas

facile de repérer qu'il s'agit d'une excitation pulsionnelle de quelque chose d'enfouie dans l'inconscient.

Le groupe d'analyse des pratiques comme compagnonnage prend alors tout son sens. Il ne s'agit pas de repérer ce qui fait écho ; ce n'est pas de la thérapie. Mais, une ou des personnes expérimentées, décryptent ce qu'ont exprimé les patients. Ils expliquent en même temps la façon de décoder. Ce compagnonnage contribue à consolider leur Moi-peau professionnel.

### **VI. 3. 7. Médiation et fidélisation du soignant inexpérimenté**

La médiation dans le champ de la psychanalyse, délimite un espace où il est important de prendre le temps de réfléchir et de penser l'agir du patient qui, lui, est dans l'immédiateté. Les soignants, individuellement ou en équipe, ne sont pas pathologiques. Le but de la médiation est alors de les préserver de glisser vers un fonctionnement pathogène au contact de la psychose. Mais cela nécessite du temps ! L'expérience et la compétence en psychiatrie se forment avec le temps.

Ces types de médiation sont-ils suffisants pour maintenir le soignant inexpérimenté dans les équipes ? A-t-il le temps d'attendre d'avoir construit un « Moi-peau professionnel » suffisamment consistant pour affronter une situation de crise ? Peut-il surmonter un éventuel retour à des angoisses archaïques du lien mère/enfant que réveillerait un empressement trop fort pour l'intégrer dans l'équipe ?

Il devient pertinent de réfléchir maintenant sur la notion d'équipe et la place laissée à la singularité de ses soignants.

## **VI. 4. L'équipe soignante : une aire transitionnelle**

### **VI. 4. 1. Une homogénéité de singularités**

Pour définir une équipe soignante en psychiatrie, il est intéressant de s'appuyer sur l'article de Kaës concernant l'aire transitionnelle de Winnicott : « Le propre de l'aire transitionnelle et de la localisation culturelle qui en dérive est de faire coexister, sans crise ni conflit, le déjà là et le non-encore advenu, l'héritage et la création » (Kaës, 2004, p. 23).

Cela évoque la praxis dans l'ouvrage d'Imbert (2010, p. 179). Une équipe est en perpétuel mouvement vers l'avenir. Elle est riche d'un passé et s'actualise en permanence grâce aux

nouveaux arrivants. Pour être cohérent envers les patients, elle ne doit faire qu'une seule entité. Son paradoxe est alors de maintenir cette homogénéité unitaire et reconnaître la singularité de chaque soignant qui la compose. C'est l'enjeu pour faire sa place...

La fuite d'infirmiers en psychiatrie impose qu'un nouvel arrivant permette à l'équipe de recouvrer son équilibre antérieur. Insidieusement, elle attend du nouveau qu'il *remplace* le soignant parti, qu'il reprenne sa place. La naissance d'un bébé peut-elle remplacer un manque dans une fratrie ? Evidemment non ! L'équipe a alors le deuil à faire de celui qui est parti avec sa singularité pour accueillir le nouveau et ses différences. C'est toute la différence entre le verbe remplacer et succéder. Pour trouver sa place dans une équipe, un nouveau *succède* à un ancien. L'hétérogénéité des singularités augmente la compétence de l'équipe.

Mais alors, comment fédérer toutes ces singularités en une seule entité ? La difficulté est de prendre conscience de la nécessité de préserver l'individuation de chaque soignant au sein de l'équipe.

Après l'analyse des pratiques, et la construction d'un « Moi-peau professionnel », il est temps maintenant d'équilibrer le trépied de notre compagnonnage avec son versant instituant : la création d'un projet de soins.

#### **VI. 4. 2. Construire un projet de soins comme un portfolio collectif**

Pour reprendre Winnicott, l'objet transitionnel aide le bébé à s'individualiser par rapport à sa mère. Il assure la permanence de celle-ci en son absence. Alors, pour le soignant, le projet de soins peut être cet objet transitionnel. Il symbolise l'équipe et le guide dans son action quand il se sent isolé.

En revanche, l'objet transitionnel est choisi par le bébé alors que le projet de soins est imposé au nouveau soignant. En conséquence, la pertinence de cet outil consiste dans son élaboration collégiale.

Chaque établissement hospitalier a son projet de soins élaboré par des paramédicaux élus par leurs pairs. Des services de psychiatrie en font de même pour leur spécificité. Mais très peu d'unités de soins ont leur propre projet de soins alors qu'il peut être un objet médiateur pour s'investir dans l'unité.

Un projet de soins d'unité fédère l'équipe autour de valeurs partagées et de compétences identifiées au service du patient. Une réévaluation et un réajustement sont possibles à

chaque changement de soignant. Pour que chacun se l'approprie, il peut se construire sur la trame d'un portfolio.

Après avoir expliqué la démarche du portfolio, puis sa déclinaison collective, nous allons nous attarder sur la construction d'un projet de soins d'unité.

#### **VI. 4. 3. Une démarche du portfolio : l'exemple de “ *effe* ”**

Espace de formations, formation d'espace (*effe*) est une association suisse romande qui œuvre sur la valorisation des acquis dans des pays du centre de l'Afrique francophone. Pour cela, elle utilise la démarche du portfolio qui croise le courant des Histoires de vie avec celui de l'analyse du travail. Elle organise sur place des stages pour former des accompagnateurs de groupes portfolio ainsi qu'à l'accompagnement et à l'adaptation. L'association *effe* est confrontée à des langues ou des dialectes différents et parfois à l'absence de l'écriture. Des symboles reconnaissables par tous sont alors utilisés. Il est important de souligner que la réalisation d'un portfolio croise l'écrit, l'oral et la symbolique.

Le portfolio est un outil individuel élaboré collectivement. C'est une technique qui invite chacun à revisiter son passé pour faire émerger ses ressources.

Le groupe une fois constitué, environ six personnes, s'engage au respect de la confidentialité. Son but est de permettre à chacun de faire le bilan de ses ressources et de ses compétences. Pour cela, il s'agit, individuellement, de dresser un tableau où se superpose des catégories comme la famille, la formation, l'emploi et les loisirs. Sur le plan horizontal, des espaces temps sont chronologiquement marqués de gauche à droite.

Un stagiaire choisit la façon de tracer ses événements de vie dans les catégories correspondantes. Il peut ainsi dresser une biographie dynamique de son histoire de vie. Il croise les lectures horizontales, verticales et chronologiques de ses événements de vie pour identifier des liens entre les parcours linéaires. Il présente au groupe une ou plusieurs de ses expériences. Le formateur va l'aider à devenir de plus en plus précis et à s'impliquer en employant la première personne dans son récit. Les interventions et les questionnements du groupe suscitent une réflexivité sur sa propre histoire. En affinant son récit, il va commencer à identifier ses ressources et ses compétences.

La démarche est un processus de réflexion nécessitant du temps, une centaine d'heures pour *effe*, pour re-visiter son parcours de vie et préciser son avenir. Une stimulation

psychologique et personnelle est exercée en plaçant la personne au centre de sa formation à l'intérieur d'une expérience de groupe.

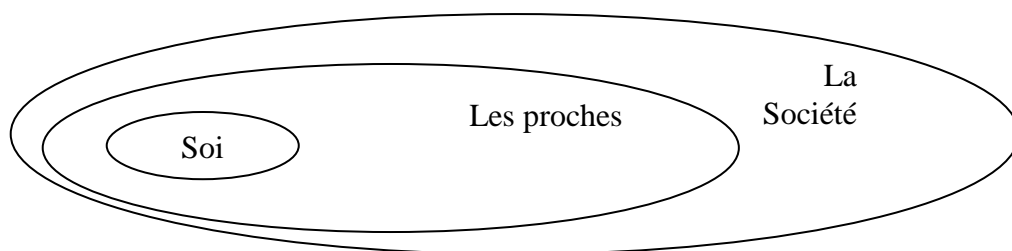
La finitude du portfolio est la construction d'un dossier individuel contenant les traces et les preuves de ses compétences. En ce qui concerne *effe*, chaque stagiaire rédige un mémoire comportant son profil d'accompagnateur et ses compétences d'accompagnateur du portfolio.

Mais un portfolio peut également se réaliser de manière collective...

#### **VI. 4. 4. Le portfolio collectif : la singularité au service du groupe**

Le portfolio collectif est utilisé pour fédérer plusieurs personnes à un domaine d'activités. La démarche est sensiblement la même. Le focus est mis sur les expériences professionnelles et sur les formations accomplies. Le portfolio collectif est la médiation pour un travail de socialisation réciproque entre l'individu et la société, médiation entre soi et soi, entre soi et les autres, entre soi et le monde. Il reconnaît la place de chacun :

Figure n° 9 Le portfolio collectif, la médiation entre Soi et les autres



Il est aussi professionnalisant car il permet de passer du langage courant au langage professionnel.

Il est intéressant d'envisager son élaboration au sein d'une équipe de soins. Après avoir identifié collectivement toutes les missions de l'unité et les activités afférentes, chacun développe une ou plusieurs expériences professionnelles ou personnelles en lien avec la spécificité de l'unité. Le récit affiné d'une personne est amélioré par l'ensemble du groupe. Ainsi, un ensemble de compétences individuelles est associé pour répondre à une mission. Il y a bien un travail d'individuation au sein de l'équipe :

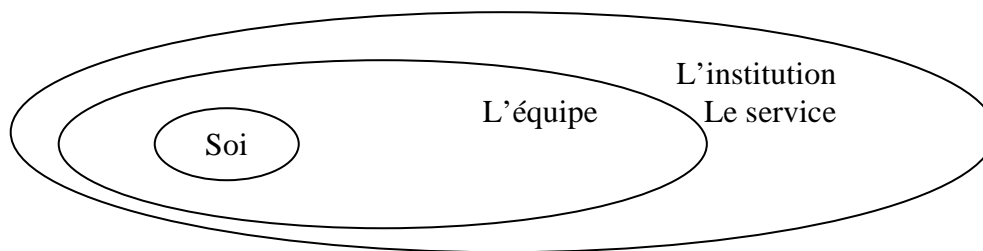


Figure n° 10 Le portfolio collectif, la médiation entre le jeune soignant et le service

Le portfolio collectif est un outil très pertinent pour reconnaître la singularité de chacun au sein d'un collectif. Les différentes générations et cultures y sont brassées, associées, utilisées pour créer un ensemble de compétences dédiées au service de l'unité de soins.

La matérialisation de ce portfolio collectif peut se concrétiser par l'élaboration d'un projet de soins réalisé par l'équipe d'une unité.

#### **VI. 4. 5. Le projet de soins, arbre de médiation de l'intergénérationnel et de l'interculturel**

Dans les établissements de santé, nous savons qu'il existe un projet de soins issu de la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il donne le cadre réglementaire dans lequel un soignant doit adhérer pour exercer son métier. Le nouveau soignant en prend connaissance et s'inscrit dans les valeurs précédemment définies par ses collègues. Il ne lui reste plus qu'à se fondre dans le collectif soignant.

Il semble néanmoins pertinent d'en élaborer un au niveau de l'unité de soins qui s'intègre parfaitement à l'intérieur de celui plus général du service ou de l'établissement. Il se construit en équipe selon trois grandes phases sur plusieurs séances. La finalisation de l'ensemble donne une modélisation ressemblant à un arbre. La symbolique de l'arbre est intéressante car elle évoque la traversée du temps tout en se régénérant. Il s'enracine dans un sol riche de nutriments. A terme, il produit des fruits et la décomposition d'une de ses branches tombées alimente le sol. Enfin, le tronc symbolise la force de la compétence de l'équipe et de son expérience.

##### **VI. 4. 5. 1. Le branchage**

Les branches sont la partie visible la plus volumineuse. Elles représentent les missions de l'unité à identifier de façon exhaustive. C'est l'occasion de parler du métier, du métier d'avant et ce qu'il est devenu, de faire la différence entre le travail prescrit et le travail réel.

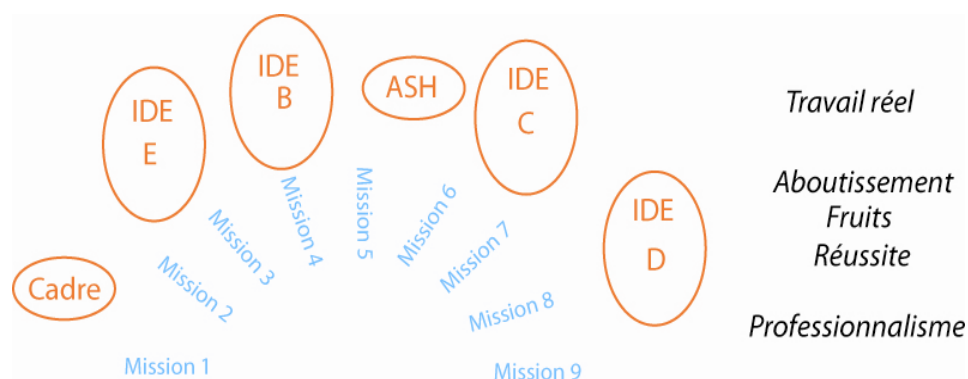


Figure n° 11 Le branchage

Plus tard, lors de l'écriture du projet, chacun, en fonction de sa compétence s'inscrit pour une ou plusieurs missions. Il en existe dans lesquelles le jeune soignant possède les compétences pour les mener à bien. Par exemple, finaliser le dossier patient par le recueil des données individuelles pour tout nouveau patient (le poids et la taille pour l'indice de masse corporelle ; la désignation de la personne de confiance ; l'identito-vigilance ; entre autres). Il assure seul la réalisation ou si nécessaire, des collègues plus anciens vont lui apporter leur aide pour une co-responsabilité. Une collaboration intergénérationnelle et interculturelle s'effectue grâce aux missions à remplir. Les missions réalisées sont les fruits d'une réussite ou du renforcement d'un professionnalisme individuel et collectif.

#### VI. 4. 5. 2. Le tronc

C'est l'autre partie visible du projet. Le fut délimite le contenant règlementaire dans lequel chacun va pouvoir exercer ses fonctions. La clarification des missions de l'unité énonce le travail prescrit. C'est un moment de remise à niveau de la législation en vigueur. Cela identifie la marge de manœuvre de chacun pour la réalisation de sa ou de ses missions.

Il rassemble également les valeurs communes de l'équipe. Il définit sa philosophie et son éthique du soin. Il transforme la créativité en compétences pour être utilisée. C'est le liant fédérateur de l'équipe.

Il unit toutes les compétences individuelles pour les transformer en une force, richesse des capacités du groupe. Cette compétence globale, intergénérationnelle et interculturelle est la sève qui active le fonctionnement des missions.



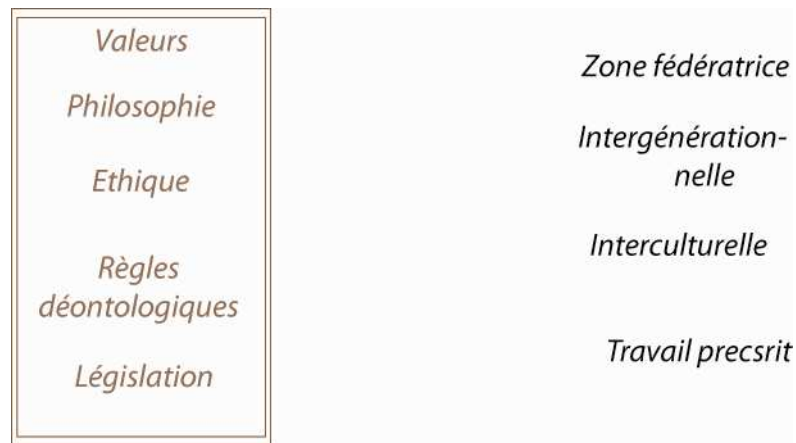


Figure n°12 Le tronc

#### VI. 4. 5. 3. Les racines

L'arbre puise sa force dans ses racines. Il est important de connaître dans quel terreau va s'élaborer le projet de soin. Une visite de l'histoire de la psychiatrie, de l'histoire du service et de l'unité s'impose car elles sont l'humus qui va aider l'enracinement de chacun. C'est la phase de construction du portfolio collectif. Elle identifie toutes les ressources utilisables par l'équipe. Chaque soignant prend conscience des compétences de l'autre et en quoi sa singularité est un atout pour le collectif. Le moins inexpérimenté apporte sa contribution dans plusieurs missions grâce à des compétences répertoriées. Les différences générationnelles et culturelles deviennent des atouts pour l'équipe. C'est dans cet enracinement que se fabrique la sève de l'arbre.

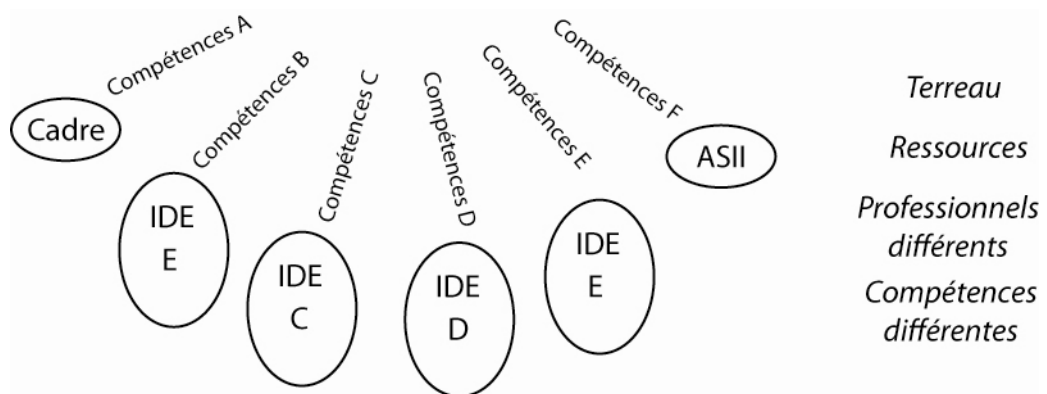


Figure n° 13 Les racines

Il est très important que tous les professionnels constituant l'équipe participent à l'élaboration du projet de l'unité. Pour la clarté du schéma, seules trois catégories professionnelles sont représentées.

#### VI. 4. 5. 4. Le cycle de l'arbre, une praxis à méditer

Par la technique du portfolio collectif, nous espérons fédérer une entité intergénérationnelle et interculturelle grâce à la médiation d'un projet de soins. Mais comment cette entité peut-elle se réactualiser ?

Un arbre bien enraciné semble immuable, stable, parfois rigide. Et pourtant, il traverse le temps avec ses vicissitudes. Il est en perpétuel régénérescence comme un projet de soins peut l'être avec des contextes différents. Cornu (2004, p. 65-74) nous donne une explication de cette adaptation. En partant de l'exemple d'une situation de médiation familiale, elle mentionne que généralement le médiateur définit le cadre de la médiation dans lequel un processus va s'activer entre les personnes.

Pour transformer une situation entre des personnes, son cheminement aboutit à l'utilisation d'un processus. Il met en mouvement plus qu'il ne l'active. Le processus tolère donc des temps de pause, d'arrêt. Pour agir, il a besoin d'un cadre qui a la vocation de clarifier les relations entre les personnes.

L'élaboration d'un projet de soins est un processus dans le sens où il est réajusté à chaque modification : mise en place ou arrêt d'une mission, départ / arrivée d'un nouveau soignant. C'est également un cadre qui règlemente et organise les prises en charge des patients. Il protège également les soignants en délimitant leurs champs d'action.

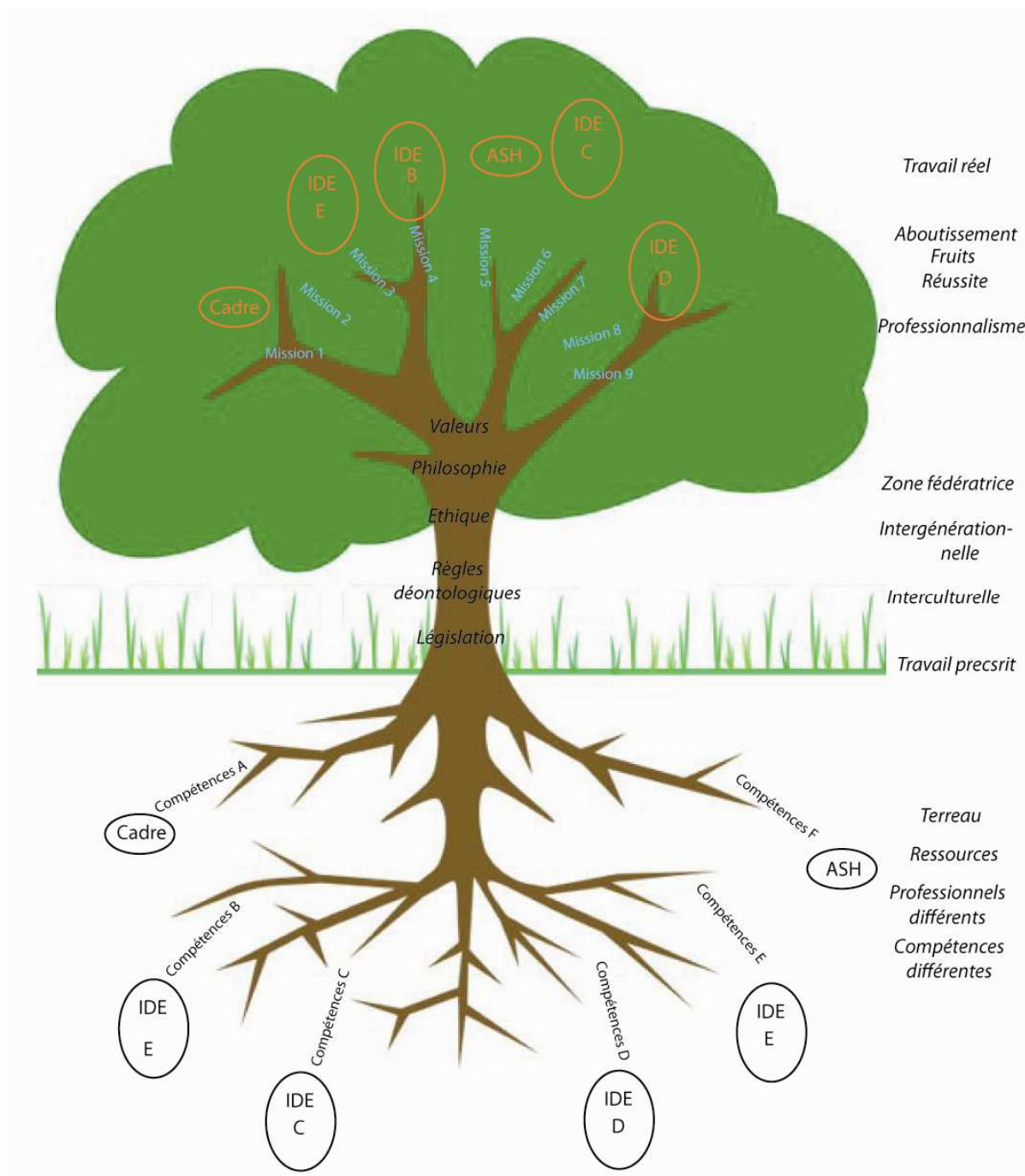


Figure n° 14 L'arbre du projet de soins

Une branche morte, une fois tombée, se décompose. L'humus obtenu enrichit le terreau pour un nouveau cycle. A l'instar de l'arbre, des missions terminées ont enrichies des compétences réutilisables. Ainsi, le projet de soins est capable de s'adapter aux mouvances contextuelles par son processus de réactivation et son cadre de fonctionnement le maintient dans la direction choisie. C'est une forme de praxis qui lui assure une pérennité.

Mais alors le projet de soins, quelle sorte d'arbre est-il ? Il déclenche la mise au *bouleau* en conservant le *savoir-hêtre* de chacun, il est un maillon dans la *chêne* de la prise en charge du patient et il interdit au soignant de tomber sous le *charme* de la rencontre à l'autre...

Le jeune soignant, même avec les compétences adéquates peut néanmoins rencontrer des difficultés dans le cadre de sa mission confiée. Il interpelle alors le compagnonnage de deux façons possibles. Soit, il demande l'aide auprès de collègues expérimentés dans le domaine de sa mission. Soit, il interpelle le groupe d'analyse des pratiques pour trouver les renseignements espérés.

La construction du projet de soins ne suit pas nécessairement un ordre chronologique. Il semble possible que l'équipe ou le cadre choisisse l'évolution progressive du document. En revanche, son écriture est importante. Tout est retranscrit des compétences individuelles à la désignation des responsabilités de chacun. Le document contractualise la fédération de l'équipe autour de ses missions. Transmis au jeune lors de son accueil, il lui permet de prendre rapidement connaissance du fonctionnement de l'unité.

## **VI. 5. Le trépied du compagnonnage instituant**

Une médiation est nécessaire pour intégrer les soignants inexpérimentés. Elle se conjugue par un compagnonnage constitué d'un trépied s'appuyant sur un groupe d'analyse des pratiques, sur un temps de construction d'un « Moi-peau professionnel » et sur un projet de soins construit comme un portfolio collectif.

Le premier pied consiste, en un travail réflexif mené en groupe et animé par une personne dont les compétences dans une fonction de tiers sont reconnues par le groupe. Cet espace est un temps de formation où un événement est analysé, de son début jusqu'à son achèvement en passant par les actions entreprises. Ce retour réflexif garantit la possibilité d'un agir en situation de crise.

L'enrichissement qui en découle construit le deuxième pied. Il est nécessaire, pour être consolidé, d'encourager les nouveaux arrivants à poursuivre individuellement l'acquisition de la théorie notamment par des lectures ou la participation à des journées de formation. Le groupe d'analyse des pratiques assure alors le lien entre la théorie apprise et la pratique vécue. Il réduit alors considérablement le risque d'une intervention dans l'immédiateté.

C'est ainsi que se construit le « Moi-peau professionnel », véritable filtre qui permet de se confronter sans déstabilisation au Réel de la folie.

Enfin, le trépied s'équilibre par l'élaboration d'un projet de soins à partir d'un portfolio collectif. Il est indispensable pour créer une entité intergénérationnelle et interculturelle dans laquelle l'inexpérience trouve une place.

Le compagnonnage réside dans la volonté du jeune à demander l'aide et la compétence d'autrui pour forger l'infirmier qu'il souhaite devenir. Il assure la pérennité de la fonction soignante par son adaptation aux contextes du moment. Il se résume dans la phrase prononcée par Fiona :

F 62- L 488 à 489 : « on devient ce qu'on est par rapport à ce qu'on vit avec les autres et ce qu'on échange avec eux. »

Nous percevons une réciprocité. Le jeune se construit dans l'accompagnement initiatique, c'est-à-dire dans l'action, et dans l'échange avec ses aînés. De même, le compagnon évolue au contact du jeune. Il enrichit ses connaissances par le questionnement du jeune. Ils partagent ainsi leurs compétences. Ce mode de compagnonnage s'inscrit dans une praxis intergénérationnelle et interculturelle. Il devient alors un compagnonnage instituant pour l'équipe.

## VII. Conclusion

Les équipes de soins en psychiatrie souffrent encore trop de rotation de leur personnel pour construire les liens nécessaires pour les prises en charges des patients. Maintenir les nouvelles recrues infirmières dans les services reste encore un enjeu crucial à surmonter. Nous poursuivons la réflexion menée lors de notre recherche de master 1. Nous la reprenons à partir de la crise, évènement que nous avons identifié comme déclencheur.

La complexité du problème nécessite un élargissement du contexte que vit actuellement la psychiatrie. Des interactions apparaissent entre une logique d'établissement qui s'appuie sur les normes administratives et une logique institutionnelle qui préserve la mission principale du soin.

Le cadre conceptuel prend appui sur la mythologie. L'approfondissement du concept d'accompagnement nous oriente vers ses différentes postures. Les modes d'accompagnement qui y sont associés se retrouvent dans les figures de la mythologie. Ainsi, le mode initiatique est abordé sous l'angle de *L'Odyssée* d'Homère. Nous l'associons aux trois formes de la confiance : la confiance d'abandon, la confiance émancipatrice et la confiance réciproque.

Le mode maïeutique, représenté par Socrate, nous invite à l'étude du langage par une approche de la linguistique. Enfin, le mode thérapeutique, symbolisé par Hippocrate, nous ramène à prendre soin d'autrui dans toutes les circonstances. Nous retrouvons cette attention portée dans l'accompagnement de l'autre dans la pédagogie institutionnelle.

La rencontre de trois jeunes infirmiers en psychiatrie témoigne de l'importance de l'accueil qu'ils ont reçu puis de leur intégration dans leur persévérance en psychiatrie. Ils dévoilent une dérive insidieuse dans l'accompagnement qui leur a été offert. Leur autonomie est recherchée pour le bon fonctionnement du service avec un ancrage très important de la logique d'établissement. Ils reconnaissent sa nécessité au début. Mais très vite ils recherchent la possibilité de se mouvoir dans une logique institutionnelle.

Nous nous dirigeons alors vers un compagnonnage dont la philosophie favorise le maintien de la volonté de l'apprenant.

Pour faciliter l'intégration d'un soignant néophyte en psychiatrie, nous proposons donc un compagnonnage instituant qui se compose d'un groupe d'analyse des pratiques, d'une consolidation d'un Moi-peau professionnel et d'un projet pour l'unité de soins construit comme un portfolio collectif. Ce compagnonnage instituant est organisé en trépied pour son équilibre. En effet, il est difficile de concevoir l'épaississement d'un Moi-peau sans un groupe d'analyse des pratiques. L'intégration est pratiquement impossible sans l'inscription dans un projet d'équipe.

Mais ce n'est qu'une solution, attention à ce que cela ne soit pas l'arbre qui cache la forêt... L'admission d'un nouveau dans une équipe peut se transformer en accueil, s'il y a une association culturelle traitant la pathologie de l'établissement comme le comité hospitalier et le club la traitent avec les malades. Cela permettrait un rééquilibre vers un fonctionnement institutionnel...

Cadre de santé, notre fonction devient de plus en plus administrative. Cette recherche rappelle notre travail d'interface entre la logique d'établissement et la logique institutionnelle. Nous avons un rôle très important à tenir dans la préservation de la logique institutionnelle. Il en va de la qualité des soins pour les patients ainsi que l'engagement des nouveaux infirmiers à s'intégrer en psychiatrie.

Elle pourrait se poursuivre vers un approfondissement du visible et de l'invisible telles que le sont les deux logiques identifiées. L'invisible, s'il ne se voit pas, il se ressent, il s'entend et se raconte. Alors, la mythologie a encore toute sa place en psychiatrie.

Aujourd'hui, la Science cherche à expliquer les pathologies psychiatriques par des dysfonctionnements chimiques maîtrisables par des molécules. Mais la mythologie nous a donné les lois fondamentales de toutes sociétés. Kerényi nous dit que : « la mythologie remplit, - pour ceux qui en sont porteurs, - la mission de rendre clair [...] clarté nette de ce qui est, de ce qui se passe, de ce qui se produira » (1951, p. 18).

Le mythe fournit à l'homme une explication sur ses origines. Il est le lien entre son existence actuelle et la genèse de tout ce qui l'entoure. Il le met en garde sur les conséquences à venir de ses actes.

Anzieu rajoute l'idée, à la fonction du mythe, d'une médiation entre la réalité externe et ce que l'homme en perçoit et en comprend :

Un mythe [...] obéit à un double codage, un codage de la réalité externe, botanique, cosmologique, socio-politique, toponymique, religieuse, etc., et un codage de la réalité psychique interne par sa mise en correspondance avec les éléments codés de la réalité externe (1995, p. 68).

La mythologie met en scène toutes les questions originelles que se pose l'Homme. Les jeunes infirmiers, quant à eux, ont beaucoup d'interrogations sur la psychiatrie. Trouveraient-ils un appui dans les figures de la mythologie ?



## VIII. Annexes

### *Les Mots*

Auteur : Claude Nougaro . Compositeur : Daniel Goyone . Editions du Chiffre Neuf

Les mots divins, les mots en vain,  
Les mots de plus, les motus  
Les mots pour rire, les mots d'amour  
Les mots dits pour te maudire  
Les mots bruissant comme des rameaux  
Les mots ciselés comme des émaux  
La faim de mots, la soif de mots  
Qui disent quelque chose

Les mots chéris qui sur mes lèvres  
N'ont pas trouvé leur place  
Les mots muets, les mots buée  
Comme un baiser sur la glace  
Les mots bouclés, clés de l'espace  
Les mots oiseaux qui laissent des traces

Les mots qui tuent, les mots qui muent  
Les mots tissant l'émotion  
Les mots pâlis, les mots salis  
Les mots de prédilection  
Les mots qui te caressent comme des mains  
Les mots divins, les mots devins  
Les premiers mots  
La fin des maux

## **VIII. 1. Guide d'entretien**

*Je m'engage à respecter à la plus totale confidentialité : tous les noms propres (personnes, services, lieux, ...) seront anonymisés par des XXX, des YYY, des ZZZ. Le prénom de l'interviewé sera changé.*

*Entretien de 30mn à 45mn maximum dans un espace sans risque de dérangement.*

### **L'intégration dans l'équipe (accompagnement)**

Comment s'est passée votre première prise de fonction en psychiatrie? Vous êtes-vous senti aider pour votre intégration ?

Oui => parlez-moi de cette aide

Qui ? Comment ? Quand ? À quel moment ? Liée aux situations ? Où ?

Non => qu'est-ce qui vous a manqué ? Qu'auriez-vous souhaité ?

### **Le fonctionnement au sein de l'unité de soin, du service**

Parlez-moi du travail quotidien de l'équipe (charge de travail, temps de réunion, les activités de médiations, l'administratif, ...)

### **La confrontation au Réel de la folie**

Vous souvenez-vous d'avoir vécu des situations où vous vous êtes senti mal à l'aise ? À votre arrivée peut-être ?

Oui => vous voulez bien m'en dire quelques mots ; relance sur des mots clés notamment sur l'accompagnement et/ou sur la confiance

Non => peut-être aviez-vous déjà des connaissances en psychiatrie ? relance avec importance du non verbal car peut-être verrouillage

Vous sentez-vous aidé, soutenu dans la confrontation aux problématiques psychiques ?

### **La crise**

Parlez-moi d'une situation de crise à laquelle vous avez été confronté ?

Relance sur le vécu, sur son intervention, comment s'y est-il pris (protocole, actions individuelles de créativité, ...) autour de la confiance vis-à-vis du patient, de ses collègues, de lui

Avez-vous pu en parler par la suite ? (à qui ? quand ? où ? enrichissement ?)

Vous êtes-vous senti épaulé durant votre intervention ? Comment se manifestait cette aide ? Qu'est que vous auriez souhaité ?

**La fidélisation**

Aujourd'hui, que pouvez-vous dire de votre intégration dans l'équipe ? De votre investissement ? De votre marge de manœuvre ? Vos propositions sont-elles entendues ? Vos capacités reconnues ? relance sur les mots clés notamment sur l'accompagnement, et sur la confiance, la sphère familiale

*Lettres envoyées aux Centres hospitaliers*

M. Martial Rambaud  
Cadre de santé  
YYY  
Service de psychiatrie  
SSS

à

M. XXX  
Coordinateur général des soins  
ZZZ

Romorantin-Lanthenay, le 05 avril 2013

Objet : Demande de possibilité de réaliser des entretiens auprès d'infirmiers novices dans le cadre d'un mémoire de recherche en vue de l'obtention du diplôme Master Stratégie et Ingénierie de Formation pour Adultes

Monsieur,

Je suis actuellement en formation individuelle à la Faculté François Rabelais de Tours pour obtenir le diplôme Master SIFA. L'objet de ma recherche est la fidélisation des jeunes infirmiers en psychiatrie. Dans un souci de rigueur scientifique, je souhaite mener des entretiens dans plusieurs établissements de soins psychiatriques.

Ainsi, je sollicite votre bienveillance pour mener un ou deux entretiens auprès de jeunes infirmiers ayant vécu une situation difficile.

Une première recherche, dans le cadre du Master 1 spécifique cadres de santé, a abouti au paradoxe de la situation de crise d'un patient psychotique. Si le jeune réussit ou participe à l'apaisement du patient, cela renforce son envie de poursuivre son investissement en psychiatrie. En revanche, le vécu d'un échec lui génère un sentiment d'impuissance. Le risque d'une nouvelle crise avec l'appréhension de son imprévisibilité et de son intensité déclenche sa volonté de partir.

Cette recherche se poursuit aujourd'hui à partir de la situation de crise. Une approche mythologique de l'accompagnement m'amène à poser l'hypothèse que, de façon progressive, les modes d'accompagnement thérapeutique, maïeutique et initiatique, couplés avec les trois formes de confiance, d'abandon, émancipatrice et réciproque, contribuent au maintien des jeunes infirmiers en psychiatrie.

Le guide d'entretien, ci-joint, est construit de façon à amener la personne à parler du ressenti de son accueil, de son intégration et de son vécu d'une situation de crise. Toute l'aide reçue ainsi que celle espérée seront évoquées pour m'orienter dans l'élaboration de propositions d'actions.

Je reste à votre disposition pour de plus amples renseignements.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, veuillez recevoir, Monsieur, mes salutations distinguées.

Coordonnées :  
Martial Rambaud  
RRR

Martial Rambaud

## VIII. 2. Entretien de Benoît

- 1  
2 *b 1- Je vous remercie de m'accorder du temps pour cet entretien. Dans un premier temps,*  
3 *est-ce que vous vous voulez bien vous présenter sur le plan professionnel, sur votre*  
4 *parcours et sur tout autre élément que vous pensez utile de me dire ?*
- 5 B 1- D'accord ! Donc euh ... je m'appelle Benoît XXX, diplômé donc euh... diplômé  
6 d'Etat infirmier depuis le mois de novembre 2012. Euh... avant mes études, j'ai fait divers  
7 boulots dans le euh... le paramédical, brancardier, ambulancier, ce genre de choses. Et  
8 depuis donc euh... euh... j'ai été embauché comme aide soignant de juillet à novembre à  
9 la clinique de AAA et de novembre, décembre donc en tant qu'infirmier. Donc euh ensuite  
10 j'ai, je suis, j'ai atterri au BBB. Euh... où je suis depuis le 07 janvier.
- 11 *b 2- Je peux vous demander votre âge ?*
- 12 B 2- Oui, j'ai 29 ans.
- 13 *b 3- Est-ce que vous voulez-vous bien me parler de votre intégration dans les différents*  
14 *établissements où vous avez travaillé, à AAA et à BBB ?*
- 15 B 3- Hum, alors l'intégration hum ...
- 16 *b 4- L'intégration par rapport à l'accueil, à l'équipe ? L'aide que vous avez pu recevoir ?*
- 17 B 4- AAA, c'était particulier comme j'avais déjà, donc j'y avais fait un stage pendant mes  
18 études, en deuxième année. Entre la deuxième et la troisième année, j'y avais été en tant  
19 qu'aide soignant également, pendant les deux mois d'été. Et euh... donc euh... euh... donc  
20 ils ont pas euh jugé nécessaire de m'accueillir euh... donc en juillet dernier. Donc en tant  
21 que nouveau, comme je connaissais déjà la structure euh... et le personnel. Donc, c'est vrai  
22 que quand je suis arrivé en tant qu'aide soignant à temps plein, je n'ai pas reçu de euh... à  
23 proprement parler de euh... euh... hum... on va dire euh d'accueil de, de nouveau, comme  
24 un nouveau quoi.
- 25 *b 5- Est-ce que cela vous a manqué ?*
- 26 B 5- Non ! Pas du tout parce que euh... je, euh enfin, c'est... c'est spécifiquement à cet  
27 endroit, parce que je m'entendais bien avec euh... quasiment tout le monde, je me suis très  
28 bien entendu avec euh le personnel. Ils se souvenaient de moi comme, enfin, j'étais un bon  
29 souvenir pour eux. Et ... il y avait vraiment pas de souci. J'ai ... savamment ... qu'il y ait  
30 peut-être sur certaines spécificités du métier notamment quand je suis devenu infirmier.  
31 Quand je suis passé du stade d'aide soignant à infirmier, dans ... dans la même, dans la  
32 même structure. Il est vrai qu'au début, j'ai ... ressenti euh... en plus j'étais de nuit ...  
33 donc de nuit là-bas, c'est un infirmier, deux aides soignants. Et ... je n'ai pas été doublé  
34 pour mes premiers jours. Donc, c'est vrai que ... les premiers jours m'ont paru un peu  
35 euh... stressants. Parce que au début, voilà ... premier boulot d'infirmier, on n'a plus, on  
36 n'est plus élève, on n'a plus quelqu'un au dessus pour se couvrir. Donc, euh les premières  
37 nuits, voilà, j'ai, j'ai, j'ai tendance à ... appeler pas mal de fois le médecin qui était de  
38 garde sur les lieux. Bon, il a, il a, il y a pas eu de souci mais voilà. J'étais un petit peu ...  
39 on va dire démuni, mais il y avait certains trucs, certaines notions que je ne connaissais  
40 pas, que je maîtrisais pas forcément.
- 41 *b 6- Quoi par exemple ?*
- 42 B 6- Ben ... au niveau des médicaments, par exemple, l'aide soignant, enfin, en tant  
43 qu'infirmier, la nuit, on préparait les médicaments pour soixante patients euh... pour toute  
44 la journée, matin, midi, soir et coucher. Donc euh... et ... j'avais certaines questions par

45 rapport aux traitements, par rapport aux choses comme ça ou ... les premiers jours,  
 46 effectivement, j'ai préféré appeler le médecin pour être sûr de ... pour être sûr de moi. ...  
 47 donc voilà euh... après au niveau de la, au niveau de l'organisation euh... elle-même, ça  
 48 changeait pas vraiment en tant qu'aide soignant ou en tant qu'infirmier. Donc euh... il y  
 49 avait pas vraiment de souci ... par rapport à ça.

50 *b 7- Vous avez fait beaucoup de nuit ou c'était juste les premiers jours ?*

51 B 7- Euh... de juillet à décembre, j'ai fait un mois de jour, le reste, j'étais de nuit.

52 *b 8- D'accord*

53 B 8- Voilà. J'étais sur du remplacement d'arrêt maladie donc euh je palliais euh... là où, là  
 54 où il y avait besoin. C'était souvent la nuit.

55 *B 9- Concernant la psychiatrie, plus précisément sur la théorie, la clinique, les*  
 56 *comportements, vous avez pu avoir de l'aide ?*

57 B 9- Alors euh... en institution, c'est particulier parce que euh ...

58 *b 10- En institution ?*

59 B 10- En clinique institutionnelle ! C'est euh... c'est particulier parce qu'ils ont tendance à  
 60 ... parce qu'ils ne veulent pas mettre d'étiquette sur les patients et ... l'accès aux dossiers  
 61 euh ... est assez ... restreint. Déjà en tant qu'élève, il faut avoir un mot signé du médecin  
 62 pour avoir accès aux dossiers médicaux et seulement concernant les patients que nous  
 63 avons en charge en tant qu'étudiant. Et en tant que professionnel de santé, en tant  
 64 qu'infirmier, il faut aussi euh... avoir un accord euh... alors là, c'est un petit peu plus  
 65 souple, c'est un accord verbal. Mais il faut un accord du médecin pour, pour pouvoir  
 66 consulter euh... toute l'histoire de la pathologie du malade. Donc euh... comme je disais  
 67 tout à l'heure euh... il est vrai que euh... qu'en institution ... il y a pas beaucoup d'apports  
 68 de connaissances de clinique pure ... en ce qui concerne la pathologie. On prend la  
 69 personne telle qu'elle est et ... on la prend en charge, bon certes c'est un, c'est une prise en  
 70 charge individualisée mais pas en fonction de la pathologie.

71 *b 11- Et dans ces prises en charges individualisées, est-ce que vous avez pu en réaliser ?*  
 72 *Et qu'est-ce que cela vous a apporté ?*

73 B 11- Oui, j'en ai ... j'en ai fait évidemment. Et euh... ça apporte beaucoup au niveau  
 74 euh... au niveau du soin relationnel du patient. On va dire, dans la mesure euh... en fait on  
 75 découvre un petit peu le patient ... avec lui-même, avec, avec le patient et pas au travers  
 76 d'un dossier. Donc ça apporte beaucoup ... un peu, on va dire euh... entre guillemets  
 77 improviser la prise en charge.

78 *b 12- Improvisé ? C'est-à-dire ?*

79 B 12- Comme on connaît pas la pathologie, et euh ... quand on découvre le patient comme  
 80 ça, sans connaître la pathologie, on est bien obligé de s'adapter à ce patient et ... tout en ne  
 81 sachant pas sa pathologie ... on a une prise en charge forcément individualisée mais ... un  
 82 petit peu euh... comment dirai-je ... je sais pas si vous voyez ce que veut dire, mais un peu  
 83 ... générale ...disons qu'on est, qu'on prend ... chaque, chaque patient, chaque patient  
 84 euh... un peu, un peu de manière euh... (silence) je trouve pas mes mots. Euh... un peu  
 85 pareil entre guillemets, voilà. Et après, au fur et à mesure de la prise en charge, au fil des  
 86 jours et cetera, on a, on amène à individualiser cette prise en charge ... puisque les attentes  
 87 euh... du patient sont pas les mêmes.

88 *b 13- Est ce que ce genre de prise en charge vous mettait en difficulté ?*

89 b 13- Non ! Moi non ! J'aimais beaucoup justement.

90 *b 14- Vous aimiez beaucoup ?*

91 B 14- Ouais ! Parce que effectivement le fait de ne pas coller une étiquette ... ne pas se  
 92 dire euh... celui-là est schizophrène, il va réagir de telle manière, celui-là est bipolaire, il  
 93 est en phase maniaque, enfin et cetera ... permet vraiment une prise en charge euh... au  
 94 jour le jour ... mais enfin, c'est quand même des longs séjours dans ces cliniques ... et  
 95 d'évoluer lentement mais sûrement dans la prise en charge.

96 *b 15- Alors quel genre de prise en charge ... que vous aviez improvisée ?*

97 B 15- Euh, alors euh... un exemple euh... on avait un patient qui, par exemple qui était  
 98 extrêmement dépressif ... et qui selon les jours acceptait ou non de venir manger avec les  
 99 autres ... ou des fois, il ne voulait absolument pas sortir de sa chambre et ... donc là c'était  
 100 euh... ça pouvait aller en fait euh... juste d'un accompagnement à la salle à manger ... à  
 101 devoir le faire manger vraiment ... lui mettre la nourriture dans, dans la bouche dans sa  
 102 chambre, pour le faire manger. Donc un écart de comportement assez ...

103 *b 16- Vous pouviez prendre l'initiative ?*

104 B16- Oui ! Oui, oui ! C'est, c'est assez libre ... comme dans ces cliniques, on est ... tous  
 105 moniteurs ... aussi bien les aides soignants, les infirmiers, les ... ergothérapeutes, les ...  
 106 enfin, les psychologues aussi. Donc c'est à l'initiative de chacun de prendre avec un  
 107 minimum de ... hum ... de ... enfin, on en parle en équipe au minimum avant, quand  
 108 même, mais souvent l'initiative est prise ... individuellement.

109 *b 17- Vous en parliez en équipe, c'est-à-dire ?*

110 B 17- Ben, c'est-à-dire que quelqu'un, pour ce patient-là, par exemple un ...un moniteur  
 111 venait me voir en disant : « il est pas bien, il va manger dans la chambre » donc je vais  
 112 prendre l'initiative d'aller chercher le plateau et d'aller le faire manger moi-même. En  
 113 général voilà ! Soit on était tous d'accord, OK, voilà.

114 *b 18- Et après, vous en reparliez ensemble ?*

115 B 18- Oui ! Notamment lors des transmissions évidemment ou ... voilà, remettre un petit  
 116 peu en question si ... on voyait si ce genre d'événement se reproduisait de plus en plus,  
 117 peut-être envisager un changement de prise de charge, peut-être ... l'obliger peut-être à  
 118 sortir un petit peu plus de sa chambre ... ce genre de chose ... pour ce patient-là, par  
 119 exemple.

120 *b 19- Et dans les situations de crise, dans les situations compliquées ?*

121 B 19- Ben en fait, il y a en a très peu dans ces ... comme c'est des ... patients, les patients  
 122 acceptés en institution, c'est quand même des patients stables ... pour la plupart ... il n'y a  
 123 pas de chambre d'isolement par exemple dans l'institution. Les chambres, tout est ouvert,  
 124 il y a pas de ... enfin, tout est ouvert, les salles de soins sont fermées évidemment quand il  
 125 y a pas d'infirmier à l'intérieur ... mais euh... les, les crises sont vraiment, les crises, enfin  
 126 les peu de crises que j'ai pu avoir, ont rien à voir avec celles que je vois au BBB où je n'ai  
 127 jamais eu en clinique à maîtriser physiquement quelqu'un. Que ce soit à CCC ou à AAA.  
 128 La plupart du temps, c'est résolu euh... on raccompagne le patient dans sa chambre euh...  
 129 pas physiquement, il y va de lui-même et euh... s'en suit un entretien avec lui euh dans sa  
 130 chambre pour, pour l'isoler un petit peu des autres, et puis le calmer et puis pour  
 131 comprendre un petit peu la raison de cette crise. Donc une prise en charge assez différente  
 132 ... de la psychiatrie, entre guillemets, hospitalière.

133 *b 20- Comment avez-vous été accueilli dans cette psychiatrie hospitalière entre*  
134 *guillemets ? Pouvez-vous m'en dire quelques mots, de votre prise en charge ?*

135 B 20- Alors, ben j'ai été ...tout d'abord été euh... bon je m'y attendais à ce que le, le  
136 travail ne soit, soit différent. La prise en charge des patients etcetera soit totalement  
137 différente d'en institution ... euh... en toute objectivité, je dirais que euh... euh... hum...  
138 je suis jeune diplômé, je n'ai, j'ai pas beaucoup d'expérience en psychiatrie euh fermée ...  
139 et euh... à ce niveau-là euh... je n'ai, je pense, je n'ai pas été totalement ...on m'a pas  
140 expliqué euh... enfin, aux premiers abords, les, les ... les manières de travailler dans ce  
141 genre de ... d'établissement.

142 *b 21- Qu'est-ce que vous auriez souhaité ?*

143 B 21- Euh ... ben plus de ... j'ai un collègue ... qui lui prenait le temps, qui prend le temps  
144 de ... à chaque fois qu'il entreprenait quelque chose ... me, me demandait si je l'avais fait  
145 et si je l'avais pas fait, il m'expliquait. Et peut-être plus de ... plus de ... de temps comme  
146 ça, pour ... pour apprendre les différentes ... parce que il y a quand même beaucoup de  
147 choses à apprendre ... et ... on en apprend tous les jours et euh... peut-être plus de temps  
148 dans l'accompagnement ... vraiment accompagner euh... pas presque, j'ai envie de dire  
149 pas tenir par la main, mais vraiment montrer euh... de A à Z toutes les ... tous les  
150 protocoles, tous les ... Un exemple concret, par exemple euh... j'ai encore du mal, je  
151 l'avoue à ... à déterminer à quel moment ... euh... on arrête les paroles et on passe aux ...  
152 actes, c'est-à-dire maîtriser physiquement la personne qui ne veut rien entendre donc qui  
153 ne veut pas être raisonnée ... dans la mesure où, comme je disais, j'ai, j'ai jamais eu à faire  
154 ça en institution. A quel moment on, on arrête ... les paroles bon, c'est ... on va dire, c'est  
155 peut-être beaucoup de ... d'instinct ou quelque chose comme ça et euh... il vrai que ...  
156 pour l'instant, ce, ce n'est pas moi encore qui à chaque fois, je prends pas l'initiative de ...  
157 de, de maîtriser physiquement la personne.

158 *b 22- Avez-vous des temps de réunion en équipe où tout ça pourrait être évoqué ?*

159 B 22- Non, enfin, les transmissions toujours mais euh... les, les propres moments, entre  
160 guillemets, internes à l'équipe euh... A part les réunions imposées par le cadre, non. Il y a  
161 pas de ... mais alors après, il y a beaucoup de mes collègues qui m'ont dit que, il faut pas  
162 hésiter à en parler quand on se sent en difficulté sur ... sur tel ou tel euh... sur tel ou tel  
163 protocole ou prise en charge ou ...

164 *b 23- Pas hésiter à en parler, mais avez-vous repéré à quel moment vous pouvez en*  
165 *parler ?*

166 B 23- Les moments qu'on peut en parler, c'est quand les ...euh... c'est ... quand je suis  
167 avec une seule personne ... en face de moi et c'est entre quatre yeux qu'on en parle quand  
168 on a un peu de temps à ... voilà. C'est surtout, c'est des ... c'est des entretiens enfin c'est  
169 des ... des dialogues officieux. Il n'y a pas de temps vraiment défini pour ce genre de  
170 chose et c'est euh... quand on a le temps et quand on se sent d'en parler avec la personne  
171 qui est aussi en face de nous parce qu'on a des affinités avec chacun et ... on se sent plus à  
172 l'aise d'en parler avec certains que d'autres.

173 *b 24- Est-ce qu'il y a un soignant un peu plus attitré qui vous aide ?*

174 B 24- Officiellement non ! Mais officieusement oui ! Il y a un collègue qui me montre  
175 davantage de choses, que, que les autres, oui. Et qui ... d'après ce que j'ai compris, fait  
176 aussi, enfin il a tendance à prendre beaucoup de temps pour, pour euh pour apprendre.  
177 C'est quelqu'un qui aime beaucoup apprendre, enfin, faire apprendre, transmettre voilà.



- 178 *b 25- Est-ce que c'est un accompagnement entre quatre yeux, comme vous le disiez ? Ou*  
 179 *est-ce que c'est un accompagnement dans l'action ?*
- 180 B 25- Euh... c'est plus difficile. Euh, euh... euh, mais euh... tant bien que mal euh  
 181 certains essaient, oui ... dans le feu de l'action de ... mais c'est quand même beaucoup  
 182 plus compliqué. Il faut, il faut réagir souvent le plus rapidement possible, dans  
 183 l'immédiateté. Donc c'est souvent plus difficile. Par contre... euh... je reprends l'exemple  
 184 de quelqu'un qui est maîtrisé physiquement ... euh... que j'ai pas pris l'initiative assez tôt  
 185 de, de, de ... d'essayer de la maîtriser physiquement ou que je l'ai pas que j'ai pas pris une  
 186 bonne prise et cetera. Dans le feu de l'action, on ... on le ... on n'en dit pas, mais après,  
 187 une fois que la crise est résolue, on en parle. Justement, en disant « tiens, t'as, t'as pas pris  
 188 le bras comme il faut, il a pu se libérer donc euh il fallait mieux le maîtriser ou ... t'as pas  
 189 assez, t'as pas réagi assez rapidement » ou ce genre de chose.
- 190 *b 26- Vous en parlez plutôt entre vous ou en équipe ?*
- 191 B 26- C'est plus entre nous qu'en équipe. Pas en ... quand ... quand il y a un changement  
 192 d'équipe ou des choses comme ça où on se retrouve à ... six ou huit infirmiers, là c'est ...  
 193 c'est très rare, enfin j'ai pas encore vu.
- 194 *b 27- Vous êtes seul à débiter ou vous avez d'autres collègues débutants ?*
- 195 B 27- J'ai une collègue qui a ... qui a, qui a débuté trois semaines avant moi euh vers la  
 196 mi-décembre.
- 197 *b 28- Et vous avez pu discuter avec elle de*
- 198 B 28- Oui ! Je discute aussi beaucoup avec elle, comme elle débute aussi de, de nos  
 199 ressentis, de ... de ... de notre euh... de la manière qu'on a été accueilli et intégré à  
 200 l'équipe et euh... ben ça nous rassure de voir qu'on est à peu près d'accord sur pas mal de  
 201 choses ... sur la façon de ... sur la manière d'accueillir au, au BBB et ... sur les prises en  
 202 charge et cetera.
- 203 *b 29- C'est-à-dire ?*
- 204 B 29- C'est-à-dire qu'on, qu'on est d'accord sur les personnes qui aident beaucoup euh...  
 205 les nouveaux arrivants, les stagiaires et cetera et les personnes qui aident moins et qui... ou  
 206 avec lesquelles c'est un peu plus compliqué quand on est nouveau et qu'on sait pas  
 207 forcément ... comment se passe les choses.
- 208 *b 30- Qu'est-ce que vous auriez souhaité pour votre accueil, dans cette unité ?*
- 209 B 30- Plus de ... peut-être plus de ... de conciliation. Je sais pas si c'est le mot juste, mais  
 210 enfin de, de, de tolérance ... oui c'est ça, de tolérance envers, envers les, je trouve de  
 211 manière général plus de tolérance envers les, les gens qui ont une certaine expérience de  
 212 ...euh... de, de ... du travail d'infirmier et qui n'ont pas forcément la même mais qui euh  
 213 que les autres et qui euh, je veux dire, c'est qu'il y en a qui, qui ... il y a des gens qui sont  
 214 arrivés en tant qu'infirmier, qui ont fait leur stage DE<sup>17</sup> dans ... dans ce service-là et ...  
 215 hum et d'autres comme moi ou comme ma collègue qui n'avait aucune euh ... aucune  
 216 euh... aucune expérience en psychiatrie fermée et l'accueil est, est le même, j'ai  
 217 l'impression que l'accueil est le même pour les, pour les deux et peut-être euh... oui je  
 218 souhaiterais un peu plus de tolérance de la part de certains en ce qui concerne les nouveaux  
 219 et ceux qui n'ont pas d'expérience de ce genre de, de service.
- 220 *b 31- Tolérance ? Ou prendre un peu plus soin de vous ?*

---

<sup>17</sup> Diplôme d'Etat

221 B 31- (silence) (il boit son verre d'eau) En fait, c'est un peu lié, parce que souvent euh...  
 222 euh... le manque de tolérance va avec euh ... le manque de ... enfin de ... le manque  
 223 d'accueil ... des nouveaux.

224 *b 32- Par rapport à la confrontation avec la psychose, la folie, comment ça s'est passé ?*

225 B 32- Hum... je ... alors, j'ai pas été hum... euh ... je m'attendais un petit peu à ce genre  
 226 de ... de pathologies, les pathologies que je connaissais d'avant ... un petit peu quand  
 227 même. Mais que je ne connaissais pas euh...le ... comme à BBB, c'est-à-dire ... en ...en  
 228 explosion enfin euh... à leur summum de leur pathologie. C'est-à-dire c'est des patients  
 229 qui sont pas stables pour la plupart, qui sont, qui, qui sont victimes de beaucoup de crises  
 230 ... et c'est vrai que ça, je ne connaissais pas ... cette facette de la maladie psychiatrique.

231 *b 33- Et alors ?*

232 B 33- (il boit un verre d'eau) Excusez-moi. Je trouve ça très intéressant euh... voilà, je  
 233 découvre une nouvelle facette comme je dis ... donc euh... là dessus je me sens pas plus  
 234 mal à l'aise que les autres facettes de la maladie ... c'est juste, je pense que c'est un petit  
 235 peu plus difficile euh... aux premiers abords à ... à maîtriser, à prendre en charge ... cette  
 236 facette.

237 *b 34- Et alors, quelle aide vous souhaiteriez pour améliorer cette prise en charge ?*

238 B34- Ben hum... donc je devais faire une formation et je pense qu'elle m'aurait beaucoup  
 239 apportée ... j'ai mal, elle a été annulée au dernier moment pour remplacer un arrêt maladie  
 240 malheureusement. Mais donc euh... ma collègue qui était nouvelle, elle aussi, a pu la faire.  
 241 Elle a dit que c'était très intéressant pour euh... c'était une formation pour les, les  
 242 connaissances cliniques en psychiatrie, les connaissances théoriques ...

243 *b 35- La consolidation des savoirs*

244 B 35- Voilà ! Euh... elle a dit que c'était quand même très, très intéressant ... et qu'on  
 245 voyait un petit peu euh... les patients et leur pathologie euh... avec un peu plus euh... avec  
 246 plus de connaissances, donc plus de recul et euh... c'était du coup, un petit peu plus euh...  
 247 un petit peu plus facile. Donc ouais, je ...je, je souhaite effectivement faire cette formation  
 248 ... parce que je pense que ce serait ... ben très, très bien au niveau euh... prise en charge  
 249 des patients.

250 *b 36- Au niveau de l'équipe là où vous travailliez auparavant, comment avez-vous vécu le*  
 251 *fait d'être seul ? Est-ce que c'était une lourde responsabilité ? Est-ce que vous vous*  
 252 *sentiez à la hauteur ?*

253 B 36- Alors, j'ai eu pendant les trois ans d'études, j'ai eu euh... on parlait beaucoup avec  
 254 mes ... mes collègues étudiants. Dès la première journée, on se retrouve responsable du  
 255 service, quel que soit le service où on soit sans ... plus en tant qu'étudiant mais en tant que  
 256 professionnel. Euh... effectivement la première, les premières journées sont assez  
 257 stressantes parce qu'on se pose plein de questions, est-ce que je vais y arriver et cetera ?  
 258 Mais effectivement, dans le ... dans le euh... dans le lieu où j'étais, comme j'étais déjà ...  
 259 intégré quelque peu en tant qu'aide soignant et en tant qu'étudiant et ... que les gens enfin  
 260 les, les collègues avaient effectivement confiance en moi ... et connaissaient mes capacités  
 261 ... professionnelles et personnelles ... ça rassure beaucoup ... effectivement. Comme je  
 262 pense que les, les gens qui sont passés, qui sont venus en stages à BBB et qui maintenant  
 263 travaillent, c'est plus, plus facile pour eux de ... d'avoir la confiance de leurs collègues  
 264 comme dans tout service, je pense.

265 *b 37- Avez-vous confiance en vous ? Et avez-vous confiance en vos collègues en cas de*  
 266 *besoin ?*

267 B 37- Ben alors la confiance en moi ...euh... ça c'est un problème inhérent euh... je l'ai  
 268 euh... je l'ai, j'en ai pas beaucoup

269 *b 38- Sur le plan professionnel !*

270 B 38- Alors sur le plan professionnel, non. Alors là, ça va ! C'est quelque chose que j'ai  
 271 beaucoup travaillé au cours de mes ... mes études d'infirmier. Et je connais mes capacités  
 272 et, et ... et là-dessus je sais, je sais de quoi je suis capable et ... et j'ai confiance en moi, et  
 273 j'ai, et j'ai tendance euh... euh à faire confiance aux autres ... souvent à raison parfois,  
 274 parfois à tort, mais effectivement j'ai tendance parfois à accorder facilement la confiance  
 275 aux autres membres de l'équipe. Je les vois comme des professionnels comme moi et ...  
 276 donc euh là-dessus, c'est quelque chose ... peut-être que des fois, je fais trop, trop, trop  
 277 vite ou trop facilement, mais ... c'est dans ma nature.

278 *b 39- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?*

279 B 39- Que ... ben que parfois on est, on est déçu par les ... par les gens à qui on fait  
 280 confiance tout simplement.

281 *b 40- Sur le plan professionnel, ça vous est déjà arrivé ?*

282 B 40- Sur le plan professionnel non ! Euh... en tant que stagiaire euh peut-être oui ! Dans  
 283 certains lieux de stage où ... où ... j'ai été déçu par certaines personnes en qui je pensais  
 284 avoir confiance et que ça s'est mal terminé mais ... depuis que je suis diplômé, en tout cas,  
 285 non, non, ça, c'est pas encore ... pas encore arrivé.

286 *b 41- Quelle marge de manœuvre avez-vous dans votre unité actuelle ? Dans la gestion des*  
 287 *crises ? Pour les activités ? Pour le soin ? Comme vous l'aviez dans votre précédente*  
 288 *unité.*

289 B 41- Ah oui ! Euh... elle est certainement plus restreinte ... cette marge de manœuvre. Je  
 290 l'ai ... heureusement, mais euh...

291 *b 42- Plus restreinte, c'est-à-dire ?*

292 B 42- Ben plus restreinte euh... euh ... ça je rejoins un peu ce que je disais euh... je suis  
 293 nouveau, je viens d'arriver ... euh... les ... c'est par rapport au fait où, où l'autre lieu de  
 294 travail où j'étais avant où j'étais stagiaire, ensuite j'étais aide soignant, ensuite j'étais  
 295 infirmier où, où la confiance a eu le temps de s'installer quand même au cours du stage et  
 296 au cours du ... de, des différentes périodes où j'y ai travaillé et euh... je pense aussi que le  
 297 lieu veut ça !

298 *b 43- Le lieu ?*

299 B 43- Le lieu, la, la clinique où j'étais, institutionnelle ... c'est un lieu où ...j'ai, j'ai vécu  
 300 ça aussi à CCC, où on est vraiment euh... très vite euh... confronté à ... lâché, lâché à  
 301 nous-mêmes, c'est-à-dire livré à nous-mêmes, voilà ... où euh... à CCC, par exemple, le  
 302 premier jour, on nous présente, vite fait, les lieux ... alors là, il y a telle unité, telle unité ...  
 303 « vous serez affecté à telle unité ...merci, au revoir ». Et dès le premier jour, comme ça on  
 304 est livré un peu à nous-mêmes ... où c'est à nous de trouver notre place ... parmi  
 305 l'institution. C'est à nous de nous placer ... dans, dans ... dans ce, dans cet établissement.

306 *b 44- Et ça vous convenait ?*

307 B 44- Ben au début, c'est très déroutant ... et ... au final oui. Euh moi, je suis resté deux  
 308 mois en stage à la clinique de CCC. Je parle de CCC, parce que c'est quand même ... très

309 spécifique même dans l'institution, dans la clinique institutionnelle ... et euh... au bout de  
310 deux mois, deux mois, le stage, c'est très court pour CCC ... et au bout de deux mois je  
311 commençais vraiment à trouver mes marques ... malheureusement le stage se terminait,  
312 mais il faut quand même euh... alors, c'est très déroutant comme je dis au, au départ mais  
313 euh... c'est aussi une très, très bonne manière de ... de découvrir nos capacités dans, dans  
314 ce genre de lieu, de découvrir euh qu'est-ce qu'on veut faire dans l'institution, qu'est-ce  
315 qu'on peut faire ... et où est-ce qu'on peut ... où est-ce qu'on peut se placer.

316 *b 45- Dans ces lieux, lors de ce stage ou dans votre ancienne unité, vous vous sentez*  
317 *épaulé ? Dans ce genre de fonctionnement ?*

318 B 45- Euh ... non, pas trop justement. Le revers de la, de la médaille. C'est-à-dire, qu'il y  
319 a quand même euh je parle de CCC, il y a quand même une commission de ... sur les  
320 stagiaires, mais c'est souvent entre stagiaires qu'on se ... qu'on se sert les coudes entre  
321 guillemets où quand on voit quelqu'un en difficulté, j'ai, j'ai souvenir d'une élève  
322 ergothérapeute et qui était pas du tout assimilée à la psychiatrie et qui était lâchée euh,  
323 enfin comme tout le monde, dans, dans la clinique de CCC et ... elle était vraiment en  
324 difficulté. Et c'est surtout nous, les autres stagiaires, qui l'avons soutenue. Donc c'est  
325 vraiment que c'est un peu le revers de la médaille dans ce genre d'établissement ... où  
326 contrairement à ... où à mon nouveau service ... où on est euh beaucoup moins euh... on  
327 est beaucoup plus restreint au niveau euh... activité. On est dans un poste beaucoup plus  
328 précis, mais on ... on est facilement épaulé par ses collègues.

329 *b 46- Et là, qu'est-ce que vous avez pu mettre en place par vous-même ? Comme activité ?*

330 B 46- Euh, non pas encore ! J'ai quelques projets en ... en tête, mais, mais euh... je  
331 m'adonne à vraiment être intégré à tous les, les fonctionnements du service.

332 *b 47- Est-ce que vous avez certaines responsabilités, actuellement dans l'organisation ?*

333 B 47- Oui ! Oui, euh donc la cadre de santé m'a nommé euh responsable, c'est pas encore  
334 officiel, mais je serai amené à être responsable de l'identito-vigilance, voilà.

335 *b 48- Et alors, comment vous l'avez perçu ça ?*

336 B 48- Euh... bah, disons que euh... au début, bon j'ai dit OK , pas de souci et voilà. Après  
337 je me suis rendu compte ce que c'était d'être responsable d'un ... d'un ... je vais pas dire  
338 d'un pôle, mais bon, de ... enfin d'avoir des responsabilités de ce type comme l'hygiène  
339 euh ... ou quelque chose comme ça. Et au final, j'ai trouvé ça ... très intéressant ... et en  
340 plus, c'est quelque chose que j'avais déjà travaillé dans mes, dans mes études, donc euh...  
341 je peux mettre en place pas mal de choses que j'ai appris euh donc c'est ... pour l'instant  
342 j'en suis content. Bon c'est pas encore ... mais euh notamment voilà. Et je suis responsable  
343 des, des photos qui doivent être prises des patients, faire signer le droit à l'image ...voilà.  
344 Ce genre de choses.

345 *b 49- Avez-vous d'autres compétences que vous souhaiteriez mettre en place ?*

346 B 49- Ah oui, j'en ai comme euh... c'est vrai qu'en institution, on apporte beaucoup de  
347 notre personne, de notre personnalité et donc euh nos loisirs et et cetera. A la clinique de  
348 AAA, j'avais créé un atelier informatique, par exemple, et j'avais euh... j'avais euh  
349 grandement participé euh que ce soit à AAA ou à CCC aux ateliers du sport ... j'aime  
350 beaucoup faire du sport et j'aime beaucoup ... emmener des patients aux sports et les  
351 emmener à l'extérieur ... donc euh je sais pas encore comment je peux mettre ça en place.  
352 Mais oui, participer à ce genre de ... à des sorties, à des ateliers comme ça sur une journée  
353 ou sur une demi-journée, j'aime, j'aime beaucoup. Là, je, je ... je vais participer à une, une  
354 sortie bowling, par exemple ... sur une bonne partie de l'après midi ou de la soirée.

355 *b 50- Là, vous commencez. Mais est-ce que vous envisagez de faire carrière en*  
356 *psychiatrie ?*

357 B 50- Euh, mon projet est de rester en psychiatrie. En tout cas pour le moment. J'ai  
358 beaucoup aimé les autres services lors de mes études genre les soins longue durée, les  
359 SSR<sup>18</sup> ... par exemple. Mais euh... pour l'instant, la psychiatrie reste mon projet principal,  
360 qu'elle soit fermée, ouverte ... toute forme de psychiatrie, pédopsychiatrie éventuellement.

361 *b 51 Est-ce que vous rencontrez des difficultés dans le fonctionnement ? Dans la prise en*  
362 *charge ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous insupporte ?*

363 B 51- Euh... jusqu'à ce que ça m'insupporte non. Parce que j'ai, je suis, je suis une  
364 personnalité très calme et j'aime penser être assez patient. Mais euh... c'est vrai que les,  
365 pour l'instant, ce qui me met le plus en difficulté c'est les, les crises d'agressivité. Ça c'est  
366 quelque chose que ... que j'avais pas à vivre avant comme je disais tout à l'heure. Et euh...  
367 qu'en institution, on résolvait tout par la parole, par le dialogue. Et donc euh effectivement  
368 là ...

369 *b 52- C'est compliqué de résoudre ces crises-là par la parole, ici ?*

370 B 52- Ben, c'est un peu plus compliqué oui ! On est malheureusement beaucoup plus  
371 souvent qu'en institution à ... à arrêter les paroles parce que c'est, c'est inefficace et de  
372 passer aux gestes. Et aussi parce que des fois, on est obligé de se défendre ... chose que je  
373 ne connaissais pas jusque-là. Donc euh... j'ai une certaine force physique qui me permet  
374 de ... de maîtriser la personne, mais c'est pas pour ça ... c'est pas pour autant que  
375 j'éprouve pas de difficultés euh déjà parce que ça me gêne ... c'est, c'est un ... l'isolement  
376 par exemple, la chambre d'isolement c'est quelque chose que j'ai eu du mal à hum, à  
377 appréhender. De, de reconnaître ça comme un soin, l'isolement, c'est, c'est quelque chose  
378 qui a été assez difficile pour moi, au départ. Et effectivement, de voir qu'on est plusieurs,  
379 qu'on est parfois euh huit euh sur la personne à devoir maîtriser, c'est ... quelque chose,  
380 c'était quelque chose qui était difficile à accepter. Mais pour moi, mais c'était pas non plus  
381 insurmontable ... c'est qu'on a du mal à ... à ... à considérer ça comme du soin, en fait.

382 *b 53- Vous avez évoqué votre physique qui est imposant. Est-ce qu'on n'est pas en attente*  
383 *de votre physique ?*

384 B 53- Je pense que euh... avec mon physique oui ... on a ... on a plus d'attente envers moi  
385 que ... à ce niveau-là, je parle vraiment de ... la maîtrise de ... que ma collègue qui est  
386 arrivée trois semaines avant moi qui, qui est beaucoup ... menue, enfin beaucoup moins  
387 forte physiquement. Et euh... bon c'est quelque chose que je vis bien parce que j'ai  
388 toujours euh cette apparence donc euh... euh il y a jamais eu de , de souci là-dessus. Après  
389 j'ai ... je trouve ça ... enfin ... j'espère ... je pense qu'on ne me voit pas comme que  
390 euh... une euh... une masse musculaire prête à ... à maîtriser physiquement quelqu'un.

391 *b 54- Ça vous est arrivé, sur une tranche horaire, d'être avec deux jeunes femmes*  
392 *collègues ?*

393 B 54- Oui ! Oui, oui, oui. Et ben alors, oui, du coup là euh... j'ai, j'ai tendance à ... à être  
394 en première ligne entre guillemets. C'est-à-dire, j'ai encore le cas ... samedi où on a, on a  
395 un patient en ce moment qui est, qui peut se montrer très véhément envers les femmes.  
396 C'est un patient qui est atteint de démence et qui était manifestement un ... un patriarce,  
397 un *pater familias* dans l'endroit où il vivait et qui, qu'il a malheureusement peu de  
398 considération pour les femmes ... et on devait lui faire un soin quelconque, et je suis entré

---

<sup>18</sup> Soins de suite et de réadaptation

399 avec ma collègue qui fait un mètre soixante cinq donc voilà, qui a une très grosse voix ...  
400 qui est ... voilà, et euh... tout de suite, ç'a été l'agression verbale envers cette euh... ma  
401 collègue, et euh... il commençait à avoir des gestes un petit peu ... euh un petit peu  
402 inquiétants, et dans ces cas-là, oui j'ai tendance à ... à m'interposer entre les deux.

403 *b 55- C'est compliqué pour vous ?*

404 B 55- Non ! Je le fais sans, sans trop de souci parce que euh... si le coup part, il me fera  
405 moins mal à moi qu'à, qu'à ma collègue.

406 *b 56- Qu'est-ce qui vous ferait quitter la psychiatrie, l'unité ou l'établissement ?*

407 B 56- Ah ben ce serait euh... la diversité euh... des expériences ... bon parce que je suis  
408 passé de ... d'un extrême à l'autre, entre l'institution et le pavillon fermé. Mais euh...  
409 enfin, je suis convaincu que ... par exemple ici à DDD ou EEE ou FFF que les prises en  
410 charges sont différentes. Donc ce serait vraiment pour diversifier mes expériences et ... et  
411 acquérir plus de connaissances ... en psychiatrie. Après quitter la psychiatrie, je pense que  
412 ce serait ... plus pour des raisons personnelles, un ... un effet ras le bol par exemple ...

413 *b 57- Un ras le bol de quoi ?*

414 B 57- De l'ambiance qu'on peut retrouver dans ... dans, dans un service de psychiatrie, par  
415 exemple. L'ambiance qui est toujours ... je parle pas de l'ambiance de l'équipe mais ... les  
416 patients qui sont très demandeurs pour souvent en psychiatrie ... et qui sont parfois  
417 énervants, il faut bien le dire et euh... voilà ! Ce sera ce genre de choses qui ... et puis  
418 éventuellement diversifier aussi les expériences ... pour, pour sortir de la psychiatrie.  
419 Mais, mais euh pour l'instant c'est pas envisagé.

420 *b 58- Et l'établissement ?*

421 B 58- L'établissement, ce serait tout simplement pour des raisons personnelles. Pour un  
422 rapprochement, j'ai une demi-heure de route, c'est vrai si je trouve un établissement qui  
423 ... qui est à dix minutes, ça peut être intéressant ... également. Après ...

424 *b 59- Vous pouvez aussi déménager.*

425 B 59- C'est vrai, je suis en location, donc je peux tout à fait déménager. Après, je serai  
426 dans une maison à acheter ... ou quelque chose comme ça, la question serait peut-être un  
427 peu plus compliquée. Mais pour information, j'étais euh... euh je suis à dix minutes de la  
428 clinique de DDD, j'ai hésité entre les deux ... j'avais le choix ... j'ai choisi ici. Donc euh  
429 ... la distance euh ... je voulais pas plus d'une demi-heure, j'ai une demi-heure, donc  
430 voilà.

431 *b 60- Qu'est-ce qui vous a fait choisir de venir ici ?*

432 B 60- Euh... je voulais connaître autre chose que l'institution ... d'une part. Et j'avais peur  
433 de ... de m'enfermer un petit peu dans l'institution. C'est-à-dire que c'est quand même un  
434 endroit ... AAA, ça allait encore, mais CCC ou la DDD, c'est quand même un endroit où  
435 on ... moi j'ai une impression de désapprendre mon métier d'infirmier. On devient  
436 moniteur, on fait le boulot comme tout le monde et on est amené à, à des tâches où, qu'ils  
437 sont tout à fait nobles, mais par exemple, à DDD on commence par trois mois, on est  
438 affecté à, à la vaisselle et on change de tâche en tâche comme ça ...

439 *b 61- La grille*

440 B 61- Voilà, la grille. La fameuse grille. Et euh... euh... je me suis dit quand même à un  
441 moment, t'as fait trois ans d'études, tu es infirmier et je voulais faire du boulot ...

442 d'infirmier, tout simplement. Donc, ça reste envisageable pour moi, mais peut-être plus  
443 tard.  
444 *b 62- Bien. Avez-vous envie de rajouter quelque chose ?*  
445 B 62- Non, personnellement ... non je vois pas.  
446 *b 63- Bien. Et bien ... je vous remercie.*  
447 B 63 Et bien ... de rien  
448

### VIII. 3. Entretien de Caroline

1  
2 *c 1- Merci de passer quelques instants afin de répondre à mes questions. Avant de*  
3 *commencer, est-ce que vous voulez bien vous présenter ?*

4 C 1- Oui, bien je m'appelle Caroline XXX. J'ai 26 ans. Je suis infirmière depuis novembre  
5 2007. J'ai vraiment commencé à travailler donc depuis euh... janvier 2008 et donc euh ça  
6 va faire euh... surtout dans les soins généraux donc euh... la chirurgie ORL<sup>19</sup>, de la  
7 chirurgie viscérale et la gastro. Et depuis euh... environ sept mois, je suis en psychiatrie.  
8 Voilà.

9 *c 2- C'était un choix personnel ?*

10 C 2- C'est ... du tout ... euh comment dire euh c'est pour des raisons personnelles euh...  
11 j'ai, j'ai demandé une mutation, et pis ben euh... le poste qu'on me proposait, c'était euh,  
12 c'était en psychiatrie et comme je savais que ben ... moi, je voulais absolument une  
13 mutation à une certaine date, donc j'ai accepté pour ça. Et comme de toute façon, pour  
14 moi, je, pour mon métier, toute expérience est bonne à prendre, alors je me suis dit  
15 pourquoi pas. Parce que vu que pendant mes stages ... pendant ma formation ... j'avais  
16 bien aimé mes stages en psychiatrie, donc euh voilà.

17 *c 3- Et alors, comment s'est faite votre intégration dans votre nouvelle unité en psychiatrie*  
18 *? Votre accueil ? Votre accompagnement ?*

19 C 3- (rire) Euh, ben, euh... au départ, je changeais de Région, je changeais de tout au tout  
20 ... donc ça a pas été évident tous les jours ... bon ben sachant que je suis arrivée au mois  
21 d'août, donc sur les périodes de, de vacances, de euh... de, de collègues. Euh... donc le  
22 service, on était le personnel minimum requis euh... ben, c'est vrai que euh... qu'il a fallu  
23 que j'attende le quatrième jour qu'on me présente vraiment les patients, savoir quelles  
24 pathologies qu'ils, euh ce qu'ils avaient, tout ça. Bon, ben, on me dit il y a l'ordinateur faut  
25 ... déjà donc, on arrive ... certes il y a l'ordinateur, on peut aller voir dedans. Mais qu'on  
26 n'a pas les codes, même si on les a dans l'après midi, c'est pas forcément très évident. Tu  
27 connais pas les lieux donc c'est déjà te repérer dans les lieux euh et tout. Donc euh... aller  
28 fouiller dans l'ordinateur, savoir exactement ce qu'ils ont. Si en plus, il y a des fois, c'est  
29 pas forcément bien inscrit, c'est pas forcément bien connu du service donc c'est pas  
30 forcément évident !

31 *c 4- Vous voulez dire que vous n'étiez pas du tout en doublon ?*

32 C 4- Non ! De toute façon, depuis que j'ai commencé à être infirmière, je n'ai jamais été  
33 doublée dans aucun service que j'ai fait ! (larmes aux yeux)

34 *c 5- Vous travaillez avec des collègues ?*

35 C 5- Ouais ! Bon ben en été euh... donc le euh... le minimum requis c'était trois. Donc  
36 bon le euh... je sais que quand, bon de toute façon quand il y a quelque chose que je sais  
37 pas, je pose des questions et tout, mais bon euh... les, les premiers jours, il y a tellement de  
38 questions que ... ben les collègues, ils ont aussi euh leur boulot à faire puisque bon,  
39 puisque si on est trois euh... on a du boulot quoi !

40 *c 6- Alors comment ça s'est passé les trois premiers jours ? Sans vous avoir présenté les*  
41 *patients ?*

---

<sup>19</sup> Oto-rhino-laryngologie



42 C 6- Ben euh... on se débrouille, on se débrouille ! On essaie de faire au mieux ... ben on  
 43 essaie déjà de se repérer dans, dans le service euh... ou alors euh... d'un point de vue plus  
 44 administratif, d'un point de vue locaux et environnement que vraiment euh... patients ...  
 45 donc c'est après que euh... quand j'ai eu un collègue qui a bien voulu, donc euh, qui ... qui  
 46 m'a expliqué un petit peu le, les patients euh les pathologies qu'on avait un petit peu dans  
 47 le service où là déjà on ... comment dire ... ça met déjà plus à l'aise et puis bon ben voilà  
 48 euh... bon ben OK, lui ... vu sa pathologie, c'est ça. On peut un petit peu mieux adapter la  
 49 prise en charge euh... par la suite.

50 *c 7- Les collègues avec qui vous avez commencé, ils étaient jeunes ou expérimentés ?*

51 C 7- Euh... il y avait les deux ! Il y avait les deux. Il y avait euh... une personne euh, les  
 52 premiers jours, qui ... ben ça faisait ... ça faisait enfin, vu son diplôme donc euh... au  
 53 mois de, de novembre donc là on était au mois d'août. Et après, il y avait un infirmier, un  
 54 ISP<sup>20</sup> et qui savait qu'il allait partir, partir le mois d'après euh... sur un autre hôpital donc  
 55 euh... voilà.

56 *c 8- Ç'a été dur ces premiers jours ?*

57 C 8- (fort) Un peu oui ! (larmes aux yeux, se retient de pleurer)

58 *c 9- Vous pouvez m'en dire quelques mots ? (pleurs) De ce qu'il s'est passé ? De votre*  
 59 *ressenti ?*

60 C 9- (silence) (pleurs) Ben ressenti quand euh... quand on change ... et qu'on arrive dans  
 61 un service qu'on connaît pas ... et qu'on connaît personne ... c'est très dur ! (silence)

62 *c 10- Vous avez pu en parler à quelqu'un ?*

63 C 10- A mon conjoint ! A mon conjoint ! Après euh... après j'en ai parlé ... j'en ai parlé  
 64 au collègue qui ... qui, qui m'a ... qui m'a expliqué le euh... justement qui m'a expliqué,  
 65 qui a repris la liste des patients et tout. Ben c'est vrai qu'avec lui, je m'entends très bien. Et  
 66 à lui, je ... j'en ai parlé après coup. Mais je lui en ai parlé. Il savait déjà, enfin il sait déjà  
 67 euh... ce que je lui dis, c'est pas nouveau. Donc euh... c'est des choses qui arrivent ! ...  
 68 Apparemment, c'est souvent ! (pleurs)

69 *c 11- Et qu'est-ce qui vous passait par la tête, les premiers jours ?*

70 C 11- Ben euh... Pas forcément envie d'y retourner ! (pleurs) Du tout ! Du tout !

71 *c 12- Je vous comprends. (silence) Par la suite, avez-vous pu en parler au cadre ? A*  
 72 *l'équipe ? Au médecin ?*

73 C 12- Alors euh le problème, c'est qu'à cette période-là, on a, il y avait pas forcément de  
 74 cadre. Euh... c'était la cadre sup.<sup>21</sup> qui faisait office de ... de cadre quand il y avait euh...  
 75 pour régler certains problèmes. Euh... qu'il faut dire aussi euh... euh... au niveau de  
 76 l'accueil ... qu'il a pas été vraiment ...enfin pas trop très correct. Ça je l'avais vu au mois  
 77 de mars quand j'étais venue euh me présenter, j'avais fait ma visite médicale. Donc j'arrive  
 78 le premier jour euh, c'est ... bonjour mais même pas me reprendre pour me ré expliquer un  
 79 peu, parce que ça fait plusieurs mois quand même qu'on s'est pas vu. Donc euh... ça, j'ai  
 80 moyennement apprécié. Donc euh... le cadre sup. euh... je la voyais très rarement. Et donc  
 81 quand enfin il y a eu le cadre euh... début ... que je dise pas de bêtise ... début septembre  
 82 ... la pauvre, c'est une faisant fonction qui arrivait de la maison de retraite ... qui ne  
 83 connaissait rien non plus à la psychiatrie, donc euh... on était deux, toutes les deux euh

<sup>20</sup> Infirmier de secteur psychiatrique

<sup>21</sup> Cadre supérieur

84 lâchées comme ça. Donc finalement on a eu un peu euh... la même expérience. On a été  
 85 lâché un peu comme ça et débrouillez-vous ! ... Et à elle, je sais que je lui en ai parlé  
 86 après coup et ... (silence) (larmes aux yeux)

87 *c 13- Et au niveau des patients, aviez-vous aussi vécu des situations compliquées ?*

88 C 13- Euh...

89 *c 14- Avec la problématique psychiatrique ?*

90 C 14- Pas tout de suite ! C'était au bout de euh... euh au bout de deux semaines à peu près  
 91 euh... donc euh... un patient qui a fait euh... donc une crise euh, une crise clastique euh...  
 92 bon euh... euh... moi, j'étais dans le bureau médical avec le médecin qui était en train de  
 93 faire des entretiens médicaux. Et puis là, j'entendais une de mes collègues qui ... qui  
 94 appelait. Donc on est sorti avec le médecin et ... euh... donc euh... ben on a vu les murs  
 95 qui tremblaient. Et en fait, c'est un patient euh... qui a un délire mystique qui ... qui se  
 96 tapait le, la tête contre les murs et ... et là jusqu'à défoncer le placo ... et euh... la fumée  
 97 du placo, enfin la fumée du placo a dé, avait déclenché l'alarme à incendie. Donc ... vu  
 98 que, vu, vu que je suis pas rentrée parce que ... ce patient-là, on m'avait, on me l'avait  
 99 décrit comme quelqu'un qui pouvait passer à l'acte euh... subitement, donc c'est vrai que  
 100 je suis, je suis restée un peu, un peu ... un peu coi devant, devant la porte de la chambre  
 101 mais donc euh... ben... c'est le collègue euh... qui a dit, de toute façon « les filles, vous  
 102 rentrez pas, je m'en occupe ». Donc c'est lui qui y est allé euh... qui y est allé le canaliser  
 103 pour qu'il puisse se calmer. Et ce moment-là, on a pu rentrer dans la chambre. (larmes aux  
 104 yeux) Et ... cette crise-là ne m'a pas ... vu que là, vu que ça s'était un petit peu ... apaisé,  
 105 enfin moi, par, par rapport à mon arrivée dans le service, j'avais déjà pu en parler avec ce  
 106 collègue-là. J'avais pu euh... bien baliser. Donc c'est vrai, avec les deux personnes avec  
 107 qui je travaillais cet, cet après midi-là, je savais que je pouvais travailler en confiance.  
 108 Donc, finalement cette crise-là ... n'avait, ne m'a pas euh... choquée ou ... ou ... hum...  
 109 enfin, ne m'a pas ... dit enfin, je reviens pas demain euh... voilà.

110 *c 15- En confiance, c'est-à-dire ? Avec ces deux personnes-là ?*

111 C 15- Ben, je savais que si jamais il y avait un problème euh... on avait les téléphones,  
 112 mais si il y avait un souci, je savais que je pouvais aller les voir ou hum... et ...enfin voilà,  
 113 travailler ben justement, travailler en ... ben vraiment en équipe, travailler en confiance.

114 *c 16- Et avec l'autre collègue ?*

115 C 16- Ben, c'est moins évident. Mais après, de toute façon, dans chaque équipe, on peut  
 116 pas ... on peut pas aimer tout le monde, on peut pas plaire à tout le monde donc ...donc  
 117 ben après oui il y a d'autres personnes comme des fois il y a euh... euh... suivant ... un  
 118 peu lunatiques donc euh... euh...

119 *c 17- Bon là, avec des personnes avec qui vous n'aviez pas d'affinité, mais en cas de*  
 120 *difficultés ?*

121 C 17- En cas de euh... c'est vrai que là ... non là euh... dans ces cas-là ... ces choses-là ...  
 122 ça ... ça ... ça s'efface quand même et euh.... pour gérer ces situation-là, alors là de toute  
 123 façon euh... c'est ... enfin je, j'aime pas le mot faire front, mais c'est ... c'est voilà, c'est  
 124 ... l'esprit, l'esprit d'équipe, elle est là et euh... de toute façon, dans ces, enfin ce que j'ai  
 125 pu remarquer, c'est que dans ce genre de situation-là, tout le monde arrive à trouver sa  
 126 place et à faire ... euh.... ce qu'il faut plus ou moins au bon moment. Donc euh...

127 *c 18- Vous aussi ? Malgré le peu d'expérience ?*

128 C 18- Mouais, je pense oui

129 *c 19- Qu'est-ce que vous avez réussi à faire ?*

130 C 19- Euh... bah euh... c'est euh... alors là après pour euh... pour prendre une situation,  
131 alors là, je sais pas. Euh...

132 *c 20- Pas forcément cette situation-là*

133 C 20- Ouais, ouais, non, non, mais là je, j'essaie sur d'autres, non mais ...j'essaie de voir,  
134 enfin ... (silence)

135 *c 21- Soit téléphoner, soit ...*

136 C 21- Ça oui ! Ben ça oui, soit ... ben voilà, soit téléphoner, soit ... être là et ... s'il faut ...  
137 contenir le patient qui ... si ou plutôt, justement si on arrive pas encore à la contention  
138 physique, ben justement essayer d'apaiser, enfin voilà. De toute façon, quand il ... on voit  
139 que l'autre commence à peiner, il y en a toujours un qui ... qui est pas très loin pour  
140 pouvoir prendre le relais et voilà. Histoire que, justement si l'autre s'épuise.

141 *c 22- Qu'est-ce que vous avez comme aides à disposition dans l'unité pour ce genre de*  
142 *situations ?*

143 C 22- Comment ça des aides ?

144 *c 23- Des choses à faire ? Précises comme des protocoles ? Ou vous faites avec les moyens*  
145 *du bord ?*

146 C 23- Ben euh... si il y a des protocoles eh bien je suis pas au courant ... parce que ...  
147 vraiment ... gérer, gérer la crise finalement euh... il y a des formations comme j'ai pu  
148 suivre euh...en février et mars. Euh... après, s'il y a des protocoles pour ça euh...  
149 honnêtement ... je ne sais pas.

150 *c 24- Des protocoles ou des conduites à tenir ?*

151 C 24- Ben, c'est vrai qu'on essaie toujours de ... dans le meilleur des cas de ... d'éviter  
152 d'avoir à ... à faire à ... euh... d'avoir à, à appeler les renforts ben parce que ça fait  
153 toujours, des fois plus de monde et des fois justement, ça empire des fois la situation.  
154 Donc, c'est vrai qu'on essaie toujours de ... d'arriver à calmer le patient sans avoir besoin  
155 d'appeler de renfort.

156 *c 25- Ou d'autres situations comme une fugue d'un patient sous placement ?*

157 C 25- Ben là, de toute façon, on appelle le médecin, le ... après disons qu'il y a certaines  
158 choses qui reviennent que ce soit dans la psychiatrie ou dans d'autres, d'autres services, on  
159 a, on a ... une certaine euh... hiérarchie à respecter par rapport à ... par rapport aux  
160 fugues. C'est vrai que ... disons que ça, ça paraît ... logique, voilà. On prévient le  
161 médecin. On prévient l'administrateur de garde. On prévient le, le cadre de garde, enfin  
162 ...c'est, c'est des choses euh... qui paraissent logiques.

163 *c 26- Et qu'est-ce que vous auriez souhaité bénéficier comme aide, dans ce genre de*  
164 *situations compliquées ?*

165 C 26- (silence) Euh... ces genres de situations ... ben euh... non mais, je sais que, le jour  
166 où que je suis arrivée, on aurait eu le temps de me ... de me sortir la liste et de me dire et  
167 ben voilà lui euh lui, il est là pour telle raison, tout ça. On aurait eu le temps et il a fallu  
168 qu'on attende le quatrième jour ... après euh...

169 *c 27- De tout ce ressenti-là, pouvez-vous en parler au médecin, au cadre, à l'équipe ? Est-*  
170 *ce qu'il y a des temps de réunions où vous pouvez évoquer tout ça ?*

171 C 27- Oui. Parce que là justement, encore aujourd'hui, bon, on avait une réunion, c'était  
172 pour le travail infirmier. Mais on a déjà eu plusieurs ben ... plusieurs réunions où ... enfin  
173 on peut, on peut parler de ... suivant le thème. Mais euh... euh... après, le problème, c'est  
174 que euh... moi, ce que je me dis c'est que euh... c'est... c'est ... c'est, c'est soit on a envie  
175 d'accueillir la collègue et là on met les formes, soit on n'a pas envie de l'accueillir et pis  
176 bon ben ... tu la laisses se débrouiller, enfin ... moi je le ressens comme ça. C'est ... plus  
177 euh... déjà moi, donc euh je sais que par rapport à l'ordinateur, par rapport à tous ces  
178 trucs-là, je sais que j'ai posé des questions. Mais les patients, je ... je sais que j'ai déjà  
179 posé des questions parce que ... voilà, mais bon euh... je peux pas ... quand on répond ben  
180 « regarde sur l'ordinateur, regarde dans le dossier », on demande une fois, on demande  
181 deux fois, au bout d'un moment, je comprends. Bon ben, je laisse tomber euh... je, je me,  
182 enfin je me débrouille par moi-même. Mais forcément, c'est plus long alors qu'on est  
183 censé travailler ensemble et que si on prend cinq minutes pour euh, pour expliquer ... enfin  
184 voilà.

185 *c 28- C'est des personnes expérimentées ou c'est des jeunes comme vous ?*

186 C 28- Ben euh... disons ben quand même que la plupart, ils ont au minimum un à deux ans  
187 de ...deux ans d'expérience dans le service minimum. Donc ben ils ... ils, ils connaissent  
188 les patients qui sont là, quoi.

189 *c 29- Quelle est l'ancienneté maximum ? Quelle est l'ancienneté des agents qui composent*  
190 *l'équipe ?*

191 C 29- Euh ... alors au maximum, donc là, c'est euh... donc au maximum, c'est soit de un à  
192 ... je crois à peu près dix ans. Et donc si on fait la moyenne, on va dire que ça tourne à peu  
193 près ... sur, sur les cinq ans. Donc euh... voilà.

194 *c 30- C'est pas une énorme expérience*

195 C 30- C'est pas une énorme expérience, mais ils connaissent les patients qu'ils ont dans le  
196 service. C'est, moi c'est, enfin c'est vraiment plus dans le sens des patients qu'il y a dans  
197 le service. C'est quand même un service de psychiatrie, avec des personnes qui ... qui ...  
198 enfin, comment dire, si ... si ... si c'est un schizophrène qui n'aime pas le contact, et que  
199 la personne qui vient d'arriver, qu'elle sait pas et qu'elle va aller vers lui et qu'elle va lui  
200 mettre la main sur le bras ... et si là, ça déclenche euh... justement un ... geste violent ...  
201 ben, elle aurait pu être prévenue justement euh... et éviter ça. C'est dans ce sens-là. C'est  
202 de prévenir la collègue si on est censé faire des, normalement donc des transmissions  
203 euh... moi qui ai l'habitude des soins généraux, qu'on fait des, des transmissions, c'est  
204 voilà, le patient est ... il est rentré pour telle chose euh voilà, au jour d'aujourd'hui, on en  
205 est là. Et c'est vrai que bon moi, ce qui m'avait choquée le premier jour, c'est que  
206 finalement, ils savaient que j'étais nouvelle et je ne savais pas pourquoi les patients étaient  
207 là. Moi, j'ai pas eu le relais juste quoi, avec le motif euh vraiment euh... et ... bon après  
208 est-ce que c'était parce que justement je viens de, je viens de médecine, de chirurgie que  
209 j'étais habituée à ça ... enfin ... (larmes aux yeux)

210 *c 31- Parlez-moi du fonctionnement de l'unité, au quotidien ?*

211 C 31- Euh... ben le quotidien euh... on travaille à trois infirmiers le matin, trois infirmiers,  
212 infirmières l'après midi avec euh... normalement donc toujours une aide soignante le  
213 matin ... de temps en temps un aide soignant l'après midi selon euh... euh selon euh le  
214 planning. Euh... euh bon ben le matin, on commence par les transmissions, bon ben après  
215 on fait les traitements. Pendant ce temps-là, on prépare les chariots pour les ...pour les  
216 toilettes. Ensuite, donc bon si on en a, les prises de sang... on s'en charge aussi à ce  
217 moment-là. Euh ... après ... ben le tour, le tour des toilettes, ben on commence par ceux

218 qui sont réveillés. Ceux qui sont autonomes, ben ils se débrouillent. Euh ... en ce moment,  
219 on a pas mal de ... de patients en ... qui sont euh... qui ont une démence, on est obligé de  
220 ... vraiment de faire euh... une toilette totale. Euh... donc après les toilettes, arrive le  
221 moment du petit déjeuner euh... qui là par contre ça se passe sur, sur un seul service.  
222 Après on retourne au niveau du bureau pour pouvoir faire tout ce qu'il y a d'administratif.  
223 Et malheureusement, c'est vrai que ben... il y a tellement de choses administratives qu'on  
224 n'arrive plus à avoir le temps de pouvoir faire des activités avec eux. Si en fait on est  
225 vraiment qu'à trois et même des fois quand on est à quatre, qu'il y a tellement de  
226 paperasses administratives que ... que vraiment on n'arrive pas à pouvoir euh... se dégager  
227 suffisamment de temps pour eux. Euh... voilà. Après, arrive le, le moment du repas du  
228 midi. Onze heure et demi, le premier service, à midi le deuxième. Euh... et puis entre  
229 temps, si on a des chambres d'isolement qui sont pleines, ben il faut s'en occuper. Il faut y  
230 passer régulièrement. Euh... voilà. Euh après le temps des transmissions de treize heures à  
231 quatorze heures. L'après midi donc les médicaments, l'ouverture des, des portes de ceux  
232 qui étaient à la sieste à partir de trois heures. Encore au point de vue administratif euh...  
233 toujours pareil. Gérer les entrées, alors ce serait le matin ou l'après midi. Euh... dix huit  
234 heures trente, le repas du premier service, dix neuf heures, le deuxième. Et la plupart du  
235 temps, il arrive vingt heures, plus de vingt heures et que euh ... on vient à peine de finir  
236 euh tout ce qu'on avait à faire et l'équipe de nuit arrive.

237 *c 32- Donc l'après midi aussi, c'est difficile de faire des activités ?*

238 C 32- Très ...! Très ... !

239 *c 33- Depuis que vous êtes là, vous avez pu en faire quelques unes ?*

240 C 33- Euh... rarement ! Rarement ! Euh c'est vrai qu'il y a des fois, c'est plus souvent les,  
241 les week-ends, dans le sens où euh... j'ai la chance d'avoir sur mon roulement un aide  
242 soignant. Donc c'est vrai que ça fait sur le week-end, le matin ou l'après midi, on a  
243 toujours un aide soignant. Bon ben c'est vrai que ça dégage énormément ... parce que  
244 quand vous êtes euh... euh de week-end, que vous avez pas euh ... d'ASH<sup>22</sup> pour gérer le  
245 chariot, donc euh vous avez pas d'aide soignant pareil pour gérer les patients qu'il ... faut  
246 changer au moment du repas et tout, ben ... il faut que vous soyez euh... donc il y a un  
247 infirmier qui se détache pour faire le repas et pour pouvoir gérer tout le reste pendant que  
248 les deux, les deux autres collègues, si on a une entrée, gèrent tout ça. Donc c'est pas  
249 vraiment évident, donc les activités, c'est vrai que ... c'est vraiment quand on ... quand on  
250 a le temps et quand on peut. C'est vrai que le week-end, ça va être euh ... quand on a les  
251 fêtes comme euh ... Pâques qui arrive, donc euh... on sort des dessins, on ... on voit avec  
252 les patients, donc on demande à certains patients s'ils veulent bien euh... veulent bien  
253 euh... comment dire ... participer à l'activité pour décorer le, le pavillon ou alors à  
254 l'activité cuisine pour faire des gâteaux pour le week-end. Euh... après euh... vu qu'au  
255 niveau nombre on ... commence à être euh ... à être un peu mieux, parce qu'entre les  
256 arrêts tout ça. Là, demain, j'ai réussi à organiser avec deux autres collègues une euh sortie  
257 ... thérapeutique. Donc ben la première que je vais pouvoir faire en sept mois.

258 *c 34- Organiser ? C'est-à-dire ?*

259 C 34- C'est-à-dire organiser, donc ben déjà euh... monter le projet de la sortie. Euh... donc  
260 ben appeler donc après ... voir avec euh... les, les lieux où, les lieux où on va faire des  
261 visites donc voir avec eux si c'est possible. On leur avertit bien qu'on est un service de  
262 psychiatrie. Euh ... ben voir pour les horaires ... arriver à tout ... à tout recouper pour que  
263 ce soit, pour que la journée, en fait, se passe au mieux. Prévoir du temps quand même pour

---

<sup>22</sup> Agent des services hospitaliers

264 que les, les patients puissent euh... ne pas se sentir euh... comment dire euh... speeder.  
265 Voilà, qu'on se dise pas ben vite il faut qu'on aille faire ci, qu'on aille faire ça. Euh... donc  
266 ça demande quand même beaucoup de travail de préparation. Après, ben le ... faut, une  
267 fois qu'on a monté le projet sur le papier, il faut le présenter au médecin et à la cadre qui,  
268 ben qui donnent leur accord, donc avec la liste des patients et puis ben après euh... les  
269 patients qui sont sous tutelle, et ben il faut qu'on demande, qu'on demande à la tutelle. Il  
270 faut aussi qu'on voit avec les patients si eux aussi, ils sont d'accord d'y participer. Donc  
271 ça, ça demande quand même pas mal de boulot. Mais ... après ça, il faudra que je vois ça  
272 demain. Mais je pense quand même que le bénéfice qu'on en retient après est plus que  
273 positif.

274 *c 35- Donc ce projet-là va avoir lieu ?*

275 C 35- Oui !

276 *c 36- Et vous l'avez monté jusqu'au bout ?*

277 C 36- Oui ! (silence) Et ça fait du bien !

278 *c 37- Qu'est-ce qui fait du bien ?*

279 C 37- Ben de se dire bon ben voilà, on a fait un projet et pis ben au moins on va voir les,  
280 les patients pas que dans le cadre de l'unité. On va les voir aussi dans le cadre de  
281 l'extérieur. Les voir, ben justement, évoluer vraiment dans ... dans ... comment dire ...  
282 dans ... dans la vie de tous les jours. Et pas que ... pas que ... dans l'unité.

283 *c 38- Et comment l'ont apprécié vos collègues ?*

284 C 38- Et ben, elles étaient très contentes. Elles ont été partantes tout de suite. Je leur ai dit  
285 « bon ben voilà, je serais pour faire la visite euh... » Bon ben par exemple enfin, à la  
286 champignonnière de BBB. Après, il y a un resto qui est pas très loin, ça pourrait ... donc  
287 être pas mal pour les patients, ça fait voir encore autre chose. Bon alors après, la dernière  
288 activité de la journée, c'est quelque chose qu'ils ont ... plus au moins l'habitude de faire,  
289 mais bon, ç'a été ... j'avais prévu autre chose mais bon c'était, c'était pas faisable dans les  
290 horaires. Alors on s'adapte toujours mais euh... les collègues euh... ben oui ... et pis c'est  
291 vrai que ... bon après, les collègues avec, avec lesquelles je fais la sortie, c'est des  
292 collègues qui ont déjà l'habitude justement de, de faire des sorties thérapeutiques. Donc  
293 elles, elles savent justement si ... elles savent justement comment les patients vont ... vont,  
294 vont être plus ou moins enfin, au moment de la sortie donc. Euh... et pis c'est toujours  
295 agréable justement de, de voir que les patients sont vraiment autres parce que bon euh...  
296 juste euh... j'ai accompagné, j'ai été de journée, j'ai accompagné des patients à ... à la  
297 salle spectacle de, de ... de l'hôpital pour voir un film. Rien juste le fait de sortir de l'unité  
298 et d'aller voir un film euh... certains patients, enfin ... on voit tout de suite qu'ils sont  
299 beaucoup plus libérés ... plus ouverts ... alors même, c'est toujours dans l'enceinte de  
300 l'hôpital et on n'est plus dans l'unité.

301 *c 39- Est-ce que je peux employer le mot choc entre la connaissance de la psychiatrie*  
302 *durant vos stages et ce que vous vivez au sein de votre unité ?*

303 C 39- Euh ... c'est pas vraiment le mot choc parce que ... le souci ... est que ... euh ...  
304 moi pendant mes stages, j'avais fait de la ... euh... comment ça s'appelle ... du, du  
305 polyhandicapé et ... de la psychiatrie active. Mais vraiment euh ... enfin, beaucoup plus  
306 active que ... qu'on fait là. Donc euh ... et ...

307 *c 40- Active ? Dans quel sens ?*

308 C 40- Euh, enfin, vraiment, euh, disons que c'était pas, qu'ils avaient pas autant de patients  
309 chroniques que ... ce qu'on a euh... actuellement euh... dans le pavillon.

310 *c 41- Active ? Dans le sens de rotation rapide ?*

311 C 41- Ouais. Et ... enfin, je pense qu'il y avait peut-être autant de ... enfin de ... de ...  
312 enfin au niveau de ... de patients, des, des schizophrènes, des psychotiques. Mais je sais  
313 pas, enfin c'est, c'est vrai que ... ben ... j'avais pas, pas le même ressenti ... enfin ...  
314 parce que en plus, pourtant moi, c'était vraiment aussi un pavillon fermé, mais ... enfin ...  
315 je sais pas, c'est, c'est ...

316 *c 42- Il y avait plus d'activités ?*

317 C 42- Ah ouais ! Alors euh... peut-être plus d'activités enfin je, j'arrive pas à ... alors, est-  
318 ce que c'était aussi parce que j'étais encore toujours élève, toujours en tant qu'étudiante et  
319 euh... le fait ben justement euh... ben euh... on pouvait se permettre justement de faire un  
320 peu plus d'activités. Et bon, j'étais en troisième année, donc euh, on faisait les  
321 médicaments. On faisait plus ou moins un peu comme, comme les infirmiers donc euh...  
322 enfin ... c'était, c'était bref, enfin c'était vraiment différent de la prise en charge. C'était  
323 pas du tout pareil là, ça avait rien à voir. Moi, je ... j'avais gardé ça en tête et ... c'est vrai  
324 que finalement là les activités euh... ben malheureusement, on n'a pas trop le temps, quoi.  
325 C'est, c'est vrai que finalement c'est dommage parce que ... c'est ... pour moi la  
326 psychiatrie ça allait euh... ça allait avec les activités justement pour pouvoir euh... voir le  
327 patient comment il se débrouille sur telle activité et pour euh... sa pathologie, voir son  
328 évolution hum ...

329 *c 43- Et vous avez des idées d'activités ?*

330 C 43- Euh... bah, après euh... après ... des idées d'activités, le problème c'est que ... vu  
331 que là euh... je me sens pas à ma place euh... en psychiatrie et que j'ai demandé un  
332 changement de service ... je euh... (larmes aux yeux) (se retient de pleurer)

333 *c 44- Pas à votre place, c'est-à-dire ?*

334 C 44- Euh... (pleurs) (silence) c'est ...

335 *c 45- Vous vous sentez rejetée ?*

336 C 45- Non ! Du tout ! Non, mais c'est ... c'est ... et pis pas à ma place dans le sens où  
337 euh... je suis plus infirmière de, de soins généraux. J'ai besoin du, du soin technique. Ce  
338 soin, en fait, finalement, ce soin technique est encore, enfin, on a quand même finalement,  
339 encore un peu de soins relationnels ... avec les patients. Et finalement, c'est plus ça qui me  
340 ... qui m'apporte, qui me permet de m'épanouir, que là, en fait, j'ai l'impression de, de, là  
341 avec les patients, de faire le flic et ça m'intéresse pas ... ça m'intéresse pas. (larmes aux  
342 yeux)

343 *c 46- Comme bon nombre de vos collègues, vous avez fait cette formation pour soigner. Et  
344 souvent, vous ne voyez pas le soin, dans ce que vous faites.*

345 C 46- Non ! Non et pis ... le, le, enfin euh... passer son temps euh... comment dire, à ... à  
346 recadrer, à ...euh, enfin, à remettre les limites, enfin euh... j'ai, j'ai, enfin, j'ai pas  
347 l'impression, enfin, c'est, c'est tous les jours, tous les jours qu'on le rabâche. Enfin euh...  
348 c'est ... je dirai pas que ça devient lassant parce que c'est, c'est pas ça. Mais, c'est que ...  
349 euh... enfin euh ... je me vois pas faire ça euh... encore indéfiniment. Je ... pourtant, les  
350 patients, je pense que ... enfin ... les patients euh... si j'en avais vraiment marre des  
351 patients, je pense que là je ferai pas la sortie. Ça n'a rien à voir avec ça. C'est juste que  
352 moi, j'ai, enfin, là, j'ai, j'ai besoin d'autre chose et ... voilà. (larmes aux yeux)

353 *c 47- Vous pensez que l'établissement hospitalier ... le service de psychiatrie ... ne prend*  
354 *pas soin de vous ?*

355 C 47- C'est, en fait le, le problème, c'est que euh... je pense que c'est plutôt un problème  
356 de ... national. C'est tous les hôpitaux qu'il y a pas suffisamment de budget et c'est ... j'ai  
357 l'impression que finalement, on est ... on est un peu laissé pour compte au niveau de  
358 l'Etat, qu'il y a pas les budgets qui faudrait et que ... et que ... l'Etat ne se rend pas  
359 compte de ... des problèmes qu'il y a. Il faut faire des économies. Il faut faire des  
360 économies. On fait des économies de bout de chandelle mais à côté de ça, finalement, on  
361 oublie les patients. Oui, on dit la charte des patients, tout ça, les droits des patients, mais  
362 euh comment faire ... euh... des choses correctes quand on nous donne, enfin quand on  
363 nous donne pas les moyens. C'est pas possible ! Pas possible de prendre en charge euh ...  
364 trente, trente deux voire euh trente quatre patients avec juste que trois infirmiers. Et quand  
365 je dis juste que trois infirmiers, c'est quand justement, on est de week-end et que ... on est  
366 du soir parce que là, on n'est que trois infirmiers. Trois infirmiers pour trente quatre  
367 patients, parce qu'on arrive justement des fois jusqu'à les deux chambres d'isolement euh  
368 ... pleines alors que ... toutes les autres chambres sont, sont pleines déjà. Pour moi, c'est  
369 pas possible ! Faut gérer et les repas, et les changes, et ... les entrées, et ... les retours de  
370 perm. C'est pas faisable ! Trois personnes, c'est pas faisable pour trente quatre personnes !

371 ... Donc c'est, c'est effectivement l'établissement qui ne fait pas ce qu'il faut, mais parce  
372 que, malheureusement, l'Etat ne lui en donne pas les moyens.

373 *c 48- Donc dans tout ça, vous n'avez pas de marge de manœuvre*

374 C 48- Non !

375 *c 49- A cause du fonctionnement ?*

376 C 49- Hum (se retient de pleurer)

377 *c 50- Et sinon ... quel est votre savoir-faire que vous aimeriez partager ? Faire du soin*  
378 *avec ... pour les patients ? Des activités qui vous animent sur le plan personnel ?*

379 C 50- Moi, je sais ce que j'adore c'est, c'est faire de la cuisine. Après, j'aime bien le côté  
380 esthétique. Je sais que, je sais que durant mes stages justement, les activités que j'avais pu  
381 faire avec euh... avec certaines de mes patientes, c'était justement ... on avait eu le droit  
382 d'aller dans la salle d'esthétique euh... des éducateurs donc euh... et c'est vrai que  
383 finalement le soin d'esthétique ... pour certains patients qui ...des fois, on dit que ben ...  
384 des fois, ils aiment pas être touchés ou que ce soit, ben ...un toucher ... je dirai pas  
385 médical, mais un toucher ... thérapeutique, des fois, ça apporte énormément de choses.  
386 C'est... enfin ... ça permet de, de franchir certaines barrières et que ... parce que  
387 finalement, comme on touche, on est vraiment dans la distance euh... ben dans la distance  
388 intime. Et des fois, ça fait tomber tellement de, de barrières tellement de ... de ... il y a un  
389 lâcher prise et ... qui des fois peut être bénéfique pour certains patients et que finalement  
390 euh... enfin, moi je sais ben, activité esthétique, activité cuisine, c'est des choses qui ...qui  
391 me plaisent.

392 *c 51- Et vous avez pu en faire ?*

393 C 51- Ben là, je vous dis, le week-end dernier, on a eu le temps, avec mes collègues de  
394 pouvoir euh... faire un ... un gâteau parce que aussi on avait les ingrédients. Et euh... et  
395 pis ben c'est vrai qu'avec les patients bon ben voilà. Ils peuvent goûter en même temps.  
396 C'est eux qui l'ont fait. C'est pas amené par les cuisines. C'est vrai que ...en plus on l'a  
397 goûté euh... ben euh ... pour le euh... pour l'heure du goûter. Donc c'est vrai que ... ils  
398 étaient super contents quoi.



399 *c 52- Vous parlez d'ingrédients, c'est que c'est parfois compliqué d'avoir des ingrédients ?*

400 C 52- Ben ... oui, par ce que, en fait, finalement, pour faire une activité cuisine, il faut

401 prévoir avec les cuisines. Il faut qu'il y ait, il faut leur faire la commande, qu'ils nous

402 livrent donc euh... ou alors, sinon, il faut aller les acheter, enfin, parce que on a, on a ... on

403 a pas ... pas forcément tous les ingrédients, par exemple, pour faire un gâteau ... tous les

404 jours.

405 *c 53- C'est facile d'avoir des œufs ?*

406 C 53- Euh... et encore si on peut appeler ça des œufs ! Parce que c'est des ... le jaune, le

407 blanc, tout est mélangé, et on vous livre ça dans un sachet en plastique. Donc euh, je trouve

408 pas ça tellement terrible !

409 *c 54- A cause de l'hygiène ?*

410 C 54- J'imagine ! J'imagine ! Donc après, c'est toujours pareil, si on veut vraiment faire

411 une recette un petit peu ... un petit peu ... un peu plus euh... un peu plus euh...

412 gourmande entre guillemets, ben ... il faut aller faire les courses. Donc, il faut prévoir le

413 temps pour aller faire les courses. Mais, ça peut être aussi une activité thérapeutique pour

414 les patients. Parce que justement, d'aller euh... faire les courses, de gérer le budget, tout

415 ça. Et pis après de, de faire la cuisine. Et c'est vrai, finalement, c'est plus les étudiants qui

416 ont le temps de faire ça ... que nous ! Parce que c'est vrai quand on a des étudiants, c'est

417 vrai qu'ils font souvent l'activité cuisine et ... aller chercher, faire les courses avec eux et

418 tout. Mais, je trouve ça dommage ! Parce que c'est pareil, c'est des activités, c'est des

419 activités pour tous les jours, enfin surtout la cuisine.

420 *c 55- Dans les activités que vous proposez, vous sentez-vous soutenue par l'équipe par*

421 *rapport à des pathologies psychiatriques qui sont pas faciles ?*

422 C 55- Ben, c'est vrai que, au moment des relèves, on parle beaucoup, on échange beaucoup

423 suivant euh... ben suivant euh... suivant les patients. Et donc euh...

424 *c 56- Vous parlez beaucoup, c'est-à-dire ?*

425 C 56- C'est-à-dire, on, on, on échange parce que suivant tel patient, ben ... les, euh... c'est

426 vrai que ... euh... on, on fait des transmissions par rapport à ce qui c'est passé sur le, sur le

427 jour euh... bon ça va être les démarches administratives, ça va être tout le reste, enfin

428 euh... voilà. Mais aussi, si j'avais une certaine difficulté avec ce patient-là, ben voilà

429 euh... « aujourd'hui euh, pour moi ç'a été plus difficile ... » euh... et pis, c'est vrai que

430 des fois ça engage d'autres personnes : « ah ben oui, effectivement, hier, ç'a été un peu

431 difficile », mais euh on essaie de trouver des solutions ...

432 *c 57- Vous pouvez parler de votre ressenti,*

433 C 57- Oui.

434 *c 58- Et pas seulement que sur le factuel*

435 C 59- Oui

436 *c 60- Et cela vous apporte quelque chose ?*

437 C 60- Ben oui, parce que finalement, on se rend compte que ben voilà euh... d'autres

438 personnes euh... ont la même difficulté avec ce patient-là alors que d'autres non. Ben on

439 essaie de ... de comprendre et on essaie d'adapter.

440 *c 61- Est-ce que dans ces échanges, on vous donne des pistes ? Est-ce que cette aide vous*

441 *apporte professionnellement ?*

442 C 61- Euh... oui, parce que, ben après, pour la prise en charge du patient, ben c'est quand  
443 même mieux. Ben, vu qu'on échange entre nous pour pouvoir justement, enfin euh...

444 *c 62- Est-ce qu'il y a un apport théorique ? Un apport clinique dans ces échanges ?*

445 C 62- Théorique ? Euh... euh... non. Après, moi je sais que euh... ça, ç'a toujours été le  
446 cas, si jamais euh... j'ai des vraiment de ... euh... comment dire, j'ai des questions à poser  
447 au médecin, je vais lui poser : « tiens, pourquoi, là, pour tel patient, tu fais ... tu fais  
448 comme ça ? » ou enfin, voilà, « là, je comprends pas » et je sais que, avec le médecin qu'on  
449 a actuellement, je sais qu'on peut lui poser des questions, elle nous répondra donc euh...

450 *c 63- Cela vous aide*

451 C 63- Ouais, ouais. Mais j'ai toujours fonctionné comme ça avec euh, avec les médecins  
452 euh... si je comprends pas quelque chose euh... voilà, je vais demander.

453 *c 64- Vous demandez plus au médecin qu'aux autres ?*

454 C 64- Non, parce que après euh... avec les collègues du coup on échange en fait donc  
455 euh... euh... c'est ... j'ai moins besoin d'aller ... demander pourquoi parce que  
456 finalement, vu qu'on échange, j'ai des réponses qui ... qui donnent le ... qui, ben qui me  
457 sont données euh ... voilà, naturellement.

458 *c 65- Dans le quotidien, vous vous sentez quand même épaulée ?*

459 C 65- Hum... au tout début, c'était ça, après, de toute façon, il faut pas se leurrer. Au  
460 début, j'avais l'impression que c'était chacun pour soi. Euh... après, il y a eu pas mal de ...  
461 remaniement dans l'équipe ... euh... pas mal d'arrivées donc euh... ç'a pas toujours été ...  
462 très évident euh... là, on va dire que depuis euh ... allez ... depuis deux bons mois, c'est  
463 quand même ... c'est quand même mieux. Euh... c'est ...

464 *c 66- Qu'est-ce qui fait que c'est quand même mieux depuis deux mois ?*

465 C 66- Ben parce que on a eu encore une réunion, une réunion d'équipe, parce que on avait  
466 eu euh... il y avait ... eu ... un certain problème euh... en fin d'année dernière qui, qui  
467 s'était plus ou moins réglé donc ben après, il y a eu des non-dits et de toute façon comme  
468 dans n'importe quelle équipe, on a été mis ... mis là euh... suite à une réunion au mois de  
469 janvier. Et c'est que là, on commence à avoir un peu plus une cohésion d'équipe. Et donc  
470 c'est vrai que c'est beaucoup plus agréable de travailler comme ça. Moi, voilà, moi, j'ai  
471 demandé à partir, et je sais que je l'ai pas caché à mes collègues. Je leur ai expliqué. Je  
472 leur ai dit pourquoi.

473 *c 67- Et alors ?*

474 C 67- Ben, ils le comprennent, parce que de toute façon depuis que je suis arrivée, j'ai  
475 toujours dit que ... voilà, moi j'avais travaillé dans les soins généraux et que ... et toute  
476 façon, même le, le ... par exemple, moi, le week-end euh... je travaille toujours euh...  
477 avec les mêmes personnes, donc le week-end, si jamais il y avait des soins techniques, ils  
478 me les laissent parce que ils savent enfin, voilà euh... comme je suis un peu en manque de  
479 soins techniques, donc euh... ils savent très bien que ... pas de problème, on les laisse à  
480 Caroline, et voilà.

481 *c 68- Qu'est-ce que vous auriez souhaité comme aide ? Et qu'est-ce que vous proposeriez*  
482 *comme aide aux futurs collègues qui vont arriver ?*

483 C 68- Ben euh... déjà que ... bon là, actuellement, de toute façon, il y a une euh, il y a une  
484 euh... il y a une cadre, donc je pense que déjà ... le jour où il y a quelqu'un qui arrive, je  
485 pense que déjà, elle a soit euh... enfin ... le fait aussi qu'il faut, qu'il faut resituer c'est que

486 moi j'arrivais d'une autre région. J'étais pas du tout de la porte d'à côté. J'avais vu quand  
487 même la cadre au mois de mars et qu'on était le mois d'août, j'aurai juste aimé qu'elle me  
488 reprenne ... juste voilà : « bonjour, est-ce que vous vous souvenez du service ? » enfin  
489 voilà. Mais ... et le, le logiciel euh... enfin sur lequel, on fait les transmissions, je ne le  
490 connaissais pas du tout, enfin ... ç'a été ... enfin voilà j'ai vraiment été, été lâchée comme  
491 ça. Donc là, je sais qu'au jour d'aujourd'hui ... là les collègues avec qui je travaille, c'est  
492 ... comment dire, c'est ... c'est quand même ... mieux dans le sens où je sais que ... parce  
493 qu'on a eu deux autres personnes, une qui est arrivée fin décembre et une autre au mois de  
494 janvier. Elles ont été quand même beaucoup plus ... plus accompagnées elles, déjà dès leur  
495 arrivée. Est-ce parce qu'on avait un ... peu plus de temps ? J'en sais rien, enfin euh... et  
496 sachant que ... si, si, si, je crois qu'il y avait ... ils avaient été un peu, ils avaient été  
497 doublés. Mais de toute façon euh... après, est-ce que c'était ça le problème ? Parce que  
498 j'étais pas doublée, mais que j'étais quand même avec les autres personnes ? Ben bon, vu  
499 que on est trois, il faut bien faire le boulot. Il y a, il y a, il y a tout ça aussi. Donc est-ce  
500 que, ben justement euh... d'être euh... d'être doublé ? Déjà d'être pris par la cadre euh  
501 quand même euh voilà pour dire euh, pour dire les choses. C'est vrai que ce serait déjà  
502 beaucoup mieux, mais bon. Après, je sais très bien qu'en arrivant au mois d'août euh, c'est  
503 les vacances. Mes collègues ne peuvent pas forcément, mais c'est vrai que je ... c'est  
504 quand même pas évident d'arriver dans un service comme ça quand en plus on ... quand  
505 on change d'établissement et qu'on connaît rien à l'établissement.

506 *c 69- Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ? Vous faire annuler votre demande*  
507 *de changement ?*

508 C 69- Non ! Rien !

509 *c 70- On vous a laissé un espoir sur une date ?*

510 C 70- Euh... ben que ... que ce serait sûrement après l'été comme ça peut être peut-être  
511 avant l'été ... voilà.

512 *c 71- Mais toujours dans cet établissement-là ?*

513 C 71- Pour l'instant, toujours dans cet établissement-là. Je laisse toujours le bénéfice du  
514 doute à l'établissement. Tout en sachant que, comme j'ai vu euh hier la directrice des  
515 soins, que je lui ai fait part que ...vu ... euh ... mon lieu d'habitation et de résidence, que  
516 j'étais, enfin que j'habitais pas très loin d'autres euh enfin, j'habitais pas très loin d'un  
517 autre, d'un autre établissement, donc si jamais ils, enfin si jamais euh ... si jamais la  
518 réponse tardait à venir ... euh ... j'ai déjà fait d'autre mutation, moi ça me dérange euh en  
519 aucun cas.

520 *c 72- Bien, je vous remercie*

521 C 72- Mais de rien, c'est moi qui vous remercie.

522

#### VIII. 4. Entretien de Dorothée

- 1  
2 *d 1- Bien, je vous remercie de passer quelques temps avec moi pour cet entretien. Dans un*  
3 *premier temps, est-ce que vous voulez bien vous présenter sur le plan personnel, sur le*  
4 *plan professionnel et si vous le voulez bien sur le plan familial ?*
- 5 D 1- Hum, hum. Donc euh je m'appelle Dorothée XXX. J'ai 42 ans. J'habite à YYY et  
6 donc je suis infirmière diplômée de la formation 2005 à 2008. Donc diplômée en novembre  
7 2008. Euh... je suis euh... une ancienne aide soignante, diplômée de 1994. Euh... j'ai  
8 toujours exercé dans le métier médical donc aide soignante. J'ai commencé au tout début  
9 de ma carrière, j'étais euh ASH. Ensuite, j'ai fait de l'aide à domicile. J'ai passé le  
10 concours d'aide soignante en 94. J'ai été à l'école, diplômée de l'aide soignante en 94.  
11 Ensuite, 2005 - 2008 ... diplômée d'infirmière. Voilà. Et donc j'exerce actuellement dans  
12 le service de AAA depuis un an, donc depuis janvier, février 2011 euh 2012 pardon. Et ...  
13 Sortie du diplôme, j'ai travaillé euh... tout de suite sur le, le pôle psychiatrique de ZZZ. Je  
14 suis dans l'hôpital de ZZZ, je suis en ... en ... en formation professionnelle. J'étais en  
15 formation professionnelle. Donc j'ai un contrat avec l'hôpital d'une durée de cinq ans.  
16 Voilà.
- 17 *d 2- Donc en tant qu'infirmière, vous avez toujours travaillé qu'en psychiatrie ?*
- 18 Dc2- Oui. Depuis que je suis diplômée, je ne suis qu'en psychiatrie.
- 19 *d 3- Pouvez-vous me parler de votre intégration dans votre première unité en psychiatrie ?*
- 20 D 3- Euh... difficile ! Difficile parce que le souci a été de, d'une transition d'une période  
21 encore d'aide soignante parce que je n'ai pas le diplôme. Et le jour que j'ai été diplômée,  
22 j'étais infirmière. Et j'ai été sur le futur poste de future infirmière. Et là, la transition a été  
23 compliquée puisque j'ai été accueillie en tant qu'aide soignante ... et à partir du 19  
24 novembre, j'étais infirmière.
- 25 *d 4- Qu'est-ce qui a été compliqué ?*
- 26 D 4- La prise de poste ! Justement, parce qu'on m'a fait travailler en tant qu'aide soignante  
27 jusqu'au 19 novembre.
- 28 *d 5- C'est-à-dire ?*
- 29 D 5- Ben, j'avais pas le droit de faire certains soins.
- 30 *d 6- Certes, au niveau des soins, mais euh... concernant les patients ? Concernant tout le*  
31 *reste ?*
- 32 D 6- Alors sur le plan relationnel, il n'y a pas de changement, pour moi, là-dessus. Voilà.  
33 Que je sois infirmière ou aide soignante, la relation, elle est ... elle est telle qu'elle est.  
34 Après, dans le soin, tout change. Puisque je ne pouvais pas donner des réponses, enfin, ou  
35 euh... je ne pouvais pas, enfin toute l'approche infirmière, quoi, hein. Pas de glissement de  
36 tâches !
- 37 *d 7- Ni même dans les entretiens ? Dans le quotidien ?*
- 38 D 7- Ouais ! Je m'occupais de l'intendance, voilà, de, des repas, de la lingerie et euh des  
39 toilettes donc voilà.
- 40 *d 8- Mais on vous tenait quand même au courant du travail infirmier ?*
- 41 D 8- Non ! Certains collègues oui ! Mais ... pas en général. Parce qu'on m'a bien fait  
42 comprendre que j'étais aide soignante.

- 43 *d 9- Et alors, le lendemain, le 19 novembre ?*
- 44 D 9- On m'a dit que j'étais infirmière.
- 45 *d 10- Et alors ?*
- 46 D 10- Maintenant, tu sais ! Voilà.
- 47 *d 11- Vous saviez quoi ?*
- 48 D 11- Je savais ... voilà. Je savais travailler. Alors que ... non ! Non ... ç'a été très
- 49 compliqué. (larmes aux yeux) (se retient de pleurer)
- 50 *d 12- Qu'est-ce qui a été compliqué pour vous ?*
- 51 D 12- Ben, l'intégration dans l'équipe. Bon alors, pour certains bien, ils m'ont pris pour
- 52 une jeune infirmière qui savait pas grand-chose et qui voulait travailler. Donc là, on m'a
- 53 aidée. Et pour d'autres personnes non. J'étais une ancienne aide soignante qui connaissait
- 54 très bien les services euh... qui devait connaître son travail.
- 55 *d 13- Dans cette différence entre les collègues à votre égard, est-ce qu'il y avait aussi des*
- 56 *différences générationnelles ?*
- 57 D 13- Tout à fait ! Tout à fait ! Les jeunes diplômés D. E<sup>23</sup>. euh... n'étaient pas dans cette
- 58 euh... envergure-là.
- 59 *d 14- C'est-à-dire ?*
- 60 D 14- Ils étaient là vraiment pour m'aider, pour m'intégrer dans l'équipe et pour me montrer
- 61 le travail.
- 62 *d 15- L'aide, vous l'avez reçue des jeunes ?*
- 63 D 15- Des jeunes ! Hum
- 64 *d 16- Les anciens ne vous ont pas du tout aidée ?*
- 65 D 16- C'est pas le même, du tout le même rapport. Faut prouver des choses, c'est ça qui est
- 66 dérangeant. (soupir)
- 67 *d 17- Pour vous, les anciens cherchaient à ... il fallait que vous fassiez vos preuves devant*
- 68 *les anciens.*
- 69 D 17- Oui !
- 70 *d 18- Sans leur aide.*
- 71 D 18- Hum. (confirmation par des hochements de tête)
- 72 *d 19- Qu'est-ce que vous auriez souhaité comme aide ?*
- 73 D 19- Comme les jeunes faisaient. Me dire rien que le déroulement d'une journée,
- 74 comment ça se passait, les entretiens, les papiers, l'administration. Parce que c'est énorme
- 75 l'administration euh... par rapport aux placements. Parce que j'étais dans un service
- 76 justement où il y avait beaucoup de placements. Donc euh... j'ai appris beaucoup par moi-
- 77 même, je ... après, je savais à qui m'adresser. Donc euh j'ai travaillé dans ce sens-là ...
- 78 Le souci, aussi, c'est que nous sommes arrivés trop en même temps ... sur le même
- 79 roulement d'équipe.
- 80 *D 20- Tous en même temps ?*

---

<sup>23</sup> Diplôme d'Etat

- 81 D 20- Des jeunes, enfin des nouveaux diplômés.
- 82 *d 21- Combien à peu près ?*
- 83 D 21- Nous étions quatre.
- 84 *d 22- Pour une équipe de combien ?*
- 85 D 22- Euh ... quatorze ?
- 86 *d 23- Le restant de l'équipe était très expérimenté ? Expérimenté ? Ou pas beaucoup ?*
- 87 D 23- Ah non, non, bah il y avait de tout. C'était une vraiment une équipe euh...
- 88 *d 24- Vous vous rappelez à peu près des proportions ?*
- 89 D 24- ... Ben, il y avait encore des ISP<sup>24</sup>. Et ... des jeunes diplômés de deux, trois ans et  
 90 des un peu plus, voilà. Il y avait de tout, on va dire. Donc euh c'était vraiment euh voilà.  
 91 Mais qui connaissaient très bien et puis qui avaient choisi, eux, la psychiatrie. Donc on  
 92 sentait bien qu'ils étaient bien intégrés et qu'ils étaient bien ... ouais.
- 93 *d 25- Et vous ? Vous l'aviez choisie la psychiatrie ?*
- 94 D 25- Non ! ... Non, non !
- 95 *d 26- Vous l'avez vécue comme une contrainte ?*
- 96 D 26- (grande inspiration) C'est un contrat que j'ai avec l'hôpital, oui ! Je, je l'ai ressentie  
 97 comme ça !
- 98 *d 27- Pendant combien de temps, avez-vous travaillé comme aide soignante dans cette*  
 99 *unité ?*
- 100 D 27- Un mois ! Un mois à peu près.
- 101 *d 28- D'accord et toute l'équipe savait que vous étiez diplômée. Il suffisait d'attendre la*  
 102 *délibération du jury.*
- 103 D 28- Oui, oui ! Oui, oui, oui ! Oui, oui. Ils savaient tous que j'étais sur mon futur poste  
 104 d'infirmier en tant qu'aide soignante ... J'étais marquée sur le planning infirmier mais  
 105 faisant fonction d'aide soignante ... Alors après, la transition, là, elle est compliquée  
 106 parce que de ... du jour au lendemain, on vous dit c'est bon, tu es infirmière. Euh... oui,  
 107 mais c'est pas pour ça que je sais plus travailler euh ... voilà, quoi.
- 108 *d 29- Vous insistez sur tout cet administratif. Est-ce que durant ce mois, on vous a*  
 109 *justement expliqué cet administratif ?*
- 110 D 29- Non ! J'ai essayé mais on m'a plusieurs fois remise à ma place en me disant tu n'es  
 111 pas encore infirmière ... (se retient de pleurer)
- 112 *d 30- C'était douloureux ?*
- 113 D 30- Oui ! J'avais qu'une envie c'était de m'en aller, quoi ... l'envie de pas travailler,  
 114 quoi.
- 115 *d 31- Est-ce que vous avez pu en parler à cette époque ? A quelqu'un ?*
- 116 D 31- Non ! ... J'étais sous contrat, c'est comme ça !
- 117 *d 32- Au cadre ? Aux autres collègues ? Est-ce qu'ils étaient comme vous ?*
- 118 D 32- Non ! Non !

---

<sup>24</sup> Infirmiers de secteur psychiatrique

119 *d 33- Et au cadre ?*

120 D 33- Non ! Non. Ça avait changé entre temps. En plus, il y a eu beaucoup de changement.

121 *d 34- Et au médecin ?*

122 D 34- Non !

123 *d 35- Hum... Je peux vous demander pour quelles raisons ?*

124 D 35- Parce que je pense qu'il y aurait pas eu ... peut-être que l'écoute, mais il n'y aurait

125 pas eu de solution ... Parce qu'au bureau, j'avais déjà demandé de ne pas être en psy et

126 on m'a dit c'est ça !

127 *d 36- Au bureau ?*

128 D 36- A l'administration, au service de Direction ... de Relations Humaines. Et euh... on

129 m'a dit c'est ça, c'est la psy. (soupir)

130 *d 37- Il me semble percevoir un manque de confiance ? Vis-à-vis de l'équipe, vis-à-vis des*

131 *collègues, du cadre, du médecin ?*

132 D 37- Ah oui ! Oui. Ben parce que au début d'une carrière, on n'a pas confiance en soi. On

133 sait pas bien faire, on ... c'est tout nouveau ... enfin bon, le ... voilà quoi hein. Si on fait

134 trois années d'études, si c'est pas pour euh... voilà quoi, c'est pas rien non plus. En fait,

135 moi, où j'ai beaucoup gagné moi, c'est la relation avec les patients. Et j'aurais voulu qu'on

136 m'apprenne plus dans les pathologies parce que ... apprendre dans les livres, c'est très

137 bien, mais sur le terrain, ben c'est là que je me suis formée, vraiment en me disant euh...

138 euh... tu vas pas être un boulet non plus euh pour tes collègues. C'est-à-dire, pendant un

139 an, la dernière année de ...de, de formation d'infirmière, j'ai vraiment travaillé que de la

140 psy ... parce que je, je me suis dit : « voilà, je veux être opérationnelle ». Je, je suis ...

141 voilà, c'est la conscience professionnelle aussi qui parle, quoi. Je ... voilà, j'aime mon

142 travail, la relation avec les gens. La psychiatrie, c'était tout nouveau pour moi. Peut-être

143 qu'il y avait des choses qui me faisaient peur euh... c'est pour ça que je voulais pas être en

144 psy. Et ... maintenant, aujourd'hui, je m'aperçois que, au contraire, je suis euh ... là

145 maintenant, euh... depuis 2008 que je suis diplômée, j'ai beaucoup avancé. Et aujourd'hui

146 je me plais dans ce que je fais. Mais il a fallu ... je me plais depuis un an, seulement.

147 Voilà.

148 *d 38- Vous saviez donc dès votre dernière année de formation que vous viendriez en*

149 *psychiatrie ?*

150 D 38- Ah ben oui ! Même dès la rentrée à l'école, je savais que j'allais en psychiatrie

151 après. Oui, oui. C'était le contrat euh... avec l'hôpital. On ... n'y croyait pas trop ... on

152 s'est dit : « non, on va nous mettre ailleurs ». Mais ... « on va nous écouter quand même »,

153 mais non ! Non, non. Ça va jusqu'au bout quoi.

154 *d 39- Pouvez-vous me parler de l'aide des jeunes collègues qui ... vous ont accueillie ?*

155 *Accueillie, je peux employer le mot ?*

156 D 39- Ah, oui, oui ! Il y a quand même une bonne équipe qui m'a accueillie et qui m'a

157 aidée, qui m'a soutenue euh... montrée euh... me dire euh : « viens, on va faire ci, on va

158 faire ça », les activités euh... et puis moi, je me lançais hein je, voilà hein.

159 *d 40- Vous vous lanciez, c'est-à-dire ?*

160 D 40- Ben ... euh ça y est euh... les entretiens médicaux, euh ... voilà. Je ... travaillais !

161 Voilà. Mais il fallait m'aider, il fallait me chapeauter, on va dire ... C'est surtout ça que

162 j'avais besoin, qu'on, qu'on me dise : « Ah ben non, fais pas comme ça, ou essaie de faire  
163 comme ça ». J'avais juste besoin d'un guide en fin de compte.

164 *d 41- Est-ce que vous pouviez en parler à l'équipe dans des temps de réunions ? Ou*  
165 *d'autres temps comme ça ?*

166 D 41- Non ! ... Non, non, non.

167 *d 42- Vous en parliez qu'avec eux ceux avec qui vous aviez un certain affectif ?*

168 D 42- Hum (affirmation de la tête), je savais vers qui il fallait aller et pas à d'autres. Hum  
169 (affirmation de la tête), tout à fait !

170 *d 43- Et aujourd'hui, dans votre nouvelle unité, comment avez-vous été accueillie ?*  
171 *Intégrée ?*

172 D 43- J'ai bien été accueillie, bien intégrée. J'ai trouvé vite ma place ... alors que ... je  
173 l'avais pas trouvée avant ... du tout. Pourtant, j'ai fait deux unités avant d'arriver ici. Et là,  
174 vraiment je trouve ma place. Et je me sens bien dans ce que je fais. J'ai une relation avec  
175 les patients qui me satisfait énormément. Et puis je ... et puis, j'aime ce que je fais. Ouais.  
176 Bon après, il y a des choses ... plus ou moins compliquées encore ... Moi, ce qui me  
177 déborde beaucoup, c'est l'administration. Bon, j'essaie de me caler, j'essaie de ... bon  
178 voilà, j'apprends derrière et maintenant ça ... et il m'a fallu quand même une année, quand  
179 même une année pour connaître l'administration correctement. Et ça, ça c'est lourd ! Et,  
180 beaucoup d'infirmiers le disent hein, c'est lourd ! Mais sinon euh... au niveau relationnel,  
181 j'ai énormément gagné.

182 *d 44- Qu'est-ce que vous appelez travail administratif ?*

183 D 44- Euh... tout ce qui est placement ... euh ... le, la manipulation des dossiers, des  
184 papiers ... voilà. On va chercher des dossiers à droite, à gauche. On court partout chercher  
185 le papier, le dossier. Et ça, c'est voilà. C'est une grosse, grosse partie de notre travail et ...  
186 c'est ce qu'on ne prend pas auprès des gens.

187 *d 45- Le dossier papier ?*

188 D 45- Ah oui. Entre le sortir de l'ordinateur, le sortir après en papier, il faut l'emmener au  
189 secrétariat pour signer, faut le ramener, faut rechercher le dossier, les archives. Euh... c'est  
190 beaucoup de va-et-vient ... qui sont faits. Et euh des fois, un soignant fait ça dans sa  
191 journée. Il ne fait que ça !

192 *d 46- Parlez-moi du fonctionnement au quotidien de votre première unité.*

193 D 46- Donc le matin, donc avec la relève de l'équipe de nuit, transmissions. Ensuite euh ...  
194 comment, on partait euh... pour le réveil des gens avec les toilettes. Donc moi, le souci, je  
195 me suis retrouvée dans un service euh... fermé et ... j'ai eu beaucoup de mal. Je me suis  
196 aperçue que le service fermé n'était pas pour moi. Parce que c'est quand même spécial, ça  
197 va pas avec ce que je suis, c'est-à-dire ... trop cadrée, trop fermée quoi, voilà. Après, aussi,  
198 la personnalité hein euh... hein voilà. Moi, je me sentais pas à l'aise ... trop, trop enfermée  
199 quoi ... justement, voilà. Et euh... du coup, ben ... ça se ressentait sûrement, la peur euh...  
200 beaucoup de peur parce que, donc on connaît pas les malades, pas les maladies non plus.  
201 Euh... les psychotiques, ils déliraient tous, ça peut être impressionnant et ... j'ai été  
202 impressionnée et... par manque de connaissance, donc voilà.

203 *d 47- Impressionnée ?*



204 D 47- Ah ben par des situations hein. Euh... en chambre d'isolement, tout ça, que c'est  
 205 dans la force et tout ça. Au début, j'étais très impressionnée quoi. J'ai eu peur. Je me suis  
 206 fait peur et puis aujourd'hui...

207 *d 48- Vous pouvez m'en parler de cette peur ? De ces moments-là ? Vous avez un*  
 208 *exemple ?*

209 D 48- Ah ben oui. Je me souviendrai toujours. Une personne qu'on avait reçue en chambre  
 210 d'isolement, très violente, très ... délirant mystique euh... euh... avec des menaces de  
 211 mort sur tous les soignants dont le médecin. Et il a fallu intervenir avec beaucoup de  
 212 monde. Et ça s'est terminé avec la piqûre, tout ça. Mais ç'a été violent, quoi ... avec  
 213 plaquage au sol euh... tout ça. J'y ai senti vraiment violent quoi. Et euh... j'ai eu peur ...  
 214 et j'ai piqué ce jour-là parce qu'on m'a dit, alors il y a une chose : bon alors ça c'est voilà.  
 215 Ben c'est que à ce moment-là malheureusement, enfin malheureusement, à ce moment-là  
 216 aussi, moi je, j'étais enceinte. Donc je me suis sentie peut-être en danger aussi hein. Donc,  
 217 c'est des peurs, attention hein. Après j'ai analysé un petit peu tout ça, mais c'est quand  
 218 même une chose qui reste marquée parce que cette violence de cette personne parce  
 219 qu'elle était malade et puis complètement délirante. Mais quand même des menaces  
 220 importantes. Même le médecin avait eu peur. Je me souviens que le médecin m'avait dit :  
 221 « notez bien tout ce qu'il a dit » hein euh voilà.

222 *d 49- Il est normal que vous ayez eu peur pour vous et pour votre enfant. Mais aviez-vous*  
 223 *senti un soutien de l'équipe par rapport à ça ?*

224 D 49- ... Non ! C'est pour ça que après, j'ai vu le cadre et que je lui ai dit : « je ne veux  
 225 plus continuer » et je suis arrêtée de bonne heure quand j'étais enceinte ... voilà. Donc,  
 226 plein de choses qui ont fait que entre mon admission, enfin mon arrivée à ... dans le  
 227 service ... et puis après ... j'ai été enceinte et tout, donc après je me suis sentie vite en  
 228 danger ... ça là ... je me suis sentie vraiment mal et je voulais surtout pas y retourner après  
 229 mon congé mat<sup>25</sup>.

230 *d 50- C'est à partir de là que vous vous arrêtez de travailler dans cette unité ?*

231 D 50- Ah ouais ! Ouais, ouais, ouais.

232 *d 51- Et pourtant, vous aviez réussi l'injection !*

233 D 51- Ah oui ! Oui, oui. Oui, oui. J'avais réussi mon soin et tout. Mais j'étais dans un état  
 234 euh... il a fallu que je me ... pff ... enfin voilà. Je tremblais, j'étais ... voilà, au niveau de  
 235 ... c'était important quand même.

236 *d 52- Vous pensez que quelqu'un d'autre aurait pu la faire l'injection ?*

237 D 52- Oh ... oui ! (rire)

238 *d 53- Ah oui ?*

239 D 53- Ah oui ! Mais, c'est le test ... il fallait que je prouve

240 *d 54- A qui ?*

241 D 54- A l'équipe ! ... Que j'étais aussi infirmière

242 *d 55- Ce devait être très, très dur ?*

243 D 55- Oui ! (rire) Très, très dur ... mais ça apprend et puis maintenant, je sais ce que je  
 244 veux et ce que je veux pas ... voilà.

---

<sup>25</sup> Congé maternité

245 *d 56- Et est-ce que vous avez vécu d'autres situations compliquées ?*

246 D 56- Oui ! ... Mais après je suis quand même une personne qui analyse euh... les  
247 choses, le pourquoi, le comment. J'ai essayé de retrouver ce qui a fait que euh on n'en est  
248 arrivé là ou quoi que ce soit. Et puis après, il y a la maladie aussi hein ... donc ça, on y  
249 peut rien. Mais par contre euh... je suis toujours dans ... j'apprends mais ça y est, là, je ...  
250 j'arrive à ... comment ... je me fais plaisir maintenant auprès des gens, même s'ils sont en  
251 état de crise. Et j'ai confiance avec les collègues avec qui je suis. Je sais avec qui je suis  
252 ... Donc ça c'est important aussi parce que je me sentais pas en confiance avec mes  
253 collègues ... Là aujourd'hui, je suis en confiance. Je sais que je peux aller en chambre  
254 d'isolement, même si la personne est agitée ou quoi que ce soit. Avec la personne avec qui  
255 je serai ou quoi que ce soit, je sais comment elle fonctionne. Voilà. Donc ça m'a ... euh  
256 voilà. Là, ce week-end, on a eu une situation lundi. Une dame complètement délirante ...  
257 qu'on a sentie un peu mieux donc on a essayé de la faire venir tout doucement euh... vers  
258 nous quoi, l'approcher. Et au moment de la remise en chambre d'isolement, ça s'est pas  
259 fait quoi. Elle a pas voulu. Et euh... ben ... on a su ... on a su maîtriser la situation ... bon  
260 c'est vrai que d'un point de vue force, des trois personnes qui étaient là, c'était moi qui  
261 étais la plus forte de ce côté-là. Donc j'ai pu la plaquer et j'ai pu et puis voilà. Je me suis  
262 pas sentie en danger. Je me suis pas sentie ... au contraire, je me suis sentie euh... enfin  
263 voilà, j'ai fait mon travail. Satisfaite d'avoir fait mon travail. Protéger aussi mes collègues  
264 aussi quelque part en disant : « attention », ça, ça, parce que ç'a commencé à voler. Et puis,  
265 et puis ça s'est très bien passé, on s'est très bien entendu et ... et voilà. Ça, ça fait  
266 longtemps que j'avais pas retrouvé ça. La cohésion d'équipe s'est euh... s'est euh... s'est  
267 les soins gagnés ça hein.

268 *d 57- Aujourd'hui, qu'est-ce que vous pouvez en dire d'un accompagnement idéal ? Avec les*  
269 *jeunes qui arrivent ?*

270 D 57- Euh... ben là je le vois aussi avec les jeunes qui viennent d'arriver chez nous dans le  
271 service où que je suis actuellement. Et ... et c'est vrai qu'ils sont euh... voilà. Ils sont  
272 vraiment pris euh... voilà. On sait qu'ils arrivent, qu'ils sachent pas grand-chose euh... au  
273 niveau du travail et du coup, on s'aperçoit que tout le monde amène euh... comment ...  
274 euh... on se complète énormément les uns des autres. Chacun a son style. Chacun a ... a  
275 ... ce qu'il préfère travailler. Et du coup, le jeune qui arrive ... complète sa formation  
276 grâce à chaque soignant. Ben moi par exemple, j'aime bien travailler tout ce qui est  
277 pharmaco. J'aime euh... voilà, tout ce qui est prise en charge, voilà, pharmacie, tout ça. Il  
278 y a des ... qui sont plus sur l'addicto, dépression. Bon ben voilà, je me complète là-dedans.  
279 Du coup euh... euh... d'autres personnes qui vont être plus sur euh... toxicomanie ou plus  
280 sur les psychoses et ben voilà, on se complète les uns des autres, voilà. Et ça, c'est très  
281 riche en fin de compte. Et je trouve qu'on est une équipe très riche. Il y en a qui savent  
282 maîtriser les papiers comme il faut, que d'autres ne savent pas. Il y en a qui savent euh...  
283 euh... ben en plus, il y a de l'histoire quoi. Les gens quand ils arrivent, ils ont vingt ans  
284 d'histoire et tout. Les anciens, ils nous le disent cette histoire. Il n'y a pas de souci, voilà.  
285 Et on y va.

286 *d 58- Il y a encore des anciens ?*

287 D 58- Oui ! Oui, oui. Oui, oui. Oui, oui. Et ça, ça fait du bien aussi parce qu'on voit que  
288 c'est des anciens qui évoluent avec leur temps. C'est surtout ça ! On peut discuter. On  
289 peut voilà. Ils évoluent avec leur temps et ils savent euh... voilà. Ils se prennent euh... ils  
290 sont comme nous quoi, enfin euh... voilà. Et on se complète énormément les uns aux  
291 autres, dans la maîtrise de soi, voilà.

292 *d 59- Ce travail de collaboration avec ces compétences différenciées, c'est formalisé ? Ou*  
293 *ça se fait comme ça ?*

294 D 59- C'est naturel hein. C'est naturel hein. Même là quand on reçoit les élèves, on le sait  
295 hein, on dit euh... ben pour ma part par exemple, quand il y a des élèves, ils disent euh ...  
296 « voit avec Dorothee pour la pharmaco, tu vas voir, c'est bon, elle t'explique et tout ». Et  
297 c'est vrai, j'ai un côté pédagogue derrière. Et ça se passe très bien. Donc euh, c'est le jeu  
298 des couleurs, des formes euh... des petits, des petites choses pour apprendre, euh, et voilà.  
299 Et en principe, avec les étudiants, ça se passe très, très bien. On a vraiment chacun notre  
300 euh voilà. Euh... ça va être pour des pansements, ça va être par exemple, telle ou telle  
301 personne qui est le plus dans la maîtrise technique, chirurgie, truc comme ça qui va être au  
302 top et voilà. Et on offre ça aux étudiants. Même à ceux qui arrivent, les nouveaux, hein  
303 quand ils savent pas trop, ben voilà. Et on se complète énormément. Après, tout ce qui est  
304 ... dossiers ... euh... l'histoire de la maladie, tout ça. On sait à qui s'adresser. « Tiens ben  
305 dit nous comment tu connais cette personne et pourquoi, et comment ». Et, et voilà. Et il  
306 n'y a pas de souci.

307 *d 60- Est-ce que vous avez d'autres compétences que vous aimeriez mettre à disposition*  
308 *pour le patient ? Pour l'équipe ?*

309 D 60- Hum... pour l'instant hum ... non. Pour l'instant, c'est vrai que c'est l'accueil, et  
310 c'est l'urgence et c'est tout ça. Mais bon, après dans l'accompagnement, on parlerait plus  
311 sur nos chroniques, nos malades chroniques. Là, eux, ils auraient besoin d'un  
312 accompagnement qu'on peut pas donner aujourd'hui.

313 *D 61- Que vous ne pouvez pas donner ?*

314 D 61- Non ! On peut pas euh... on fait du quotidien c'est-à-dire euh... donner les  
315 traitements euh... euh... la toilette, l'hygiène et tout ça. Mais à côté de ça, les activités et  
316 tout, on peut rien proposer à ces gens-là ... malheureusement.

317 *d 62- A cause de quoi ?*

318 D 62- Parce qu'on n'a pas le temps ! On peut pas se mettre une heure en activité avec ces  
319 gens-là ... ou se faire un tour ... ou se balader ou ... voilà. Et c'est, je pense que c'est ces  
320 gens-là qui aujourd'hui eux euh... en pâtissent le plus de l'hospitalisation.

321 *D 63- Quelle est votre marge de manœuvre aujourd'hui dans cette unité ?*

322 D 63- Alors moi, je ... moi je ... (petit rire) je pense qu'on a un éventail de choses de ...  
323 voilà. D'abord, on est une bonne équipe euh... une très bonne écoute de la part de tous.  
324 Euh...

325 *d 64- De tous ?*

326 D 64- De tous, c'est-à-dire, aussi bien du cadre euh... aussi bien du cadre, de l'équipe  
327 soignante. Mais équipe soignante confondue, aussi bien aides soignants et infirmiers hein.  
328 Euh... voilà. Et quand il y a une proposition de faite, c'est déjà l'écoute. Et après, on en  
329 discute et ... on fait, on fait pas, voilà. Et on peut travailler sur des projets. Il y a des  
330 projets qui se montent, il y a des ... voilà. Ça aboutit bien, voilà.

331 *d 65- Vous avez un exemple d'un projet que vous avez élaboré, qui a cheminé jusqu'au*  
332 *bout ?*

333 D 65- Euh... sur du long terme, sur du moyen terme, oui euh... Ben actuellement, il y a le  
334 projet de mettre quelqu'un en appartement. J'y participe activement. Ça se passe très bien  
335 actuellement. Mais bon, ça fait depuis euh... depuis juillet 2012 que je suis dessus.  
336 Actuellement, ça y est, nous, nous sommes dans ... comment ... dans l'observation, en ce

337 moment et puis je ... la personne est dans son appartement et ça se passe bien. Euh... ça se  
338 met en place. L'équipe, ça y est euh... me suit parce que bon, il faut toujours plus ou  
339 moins un référent pour construire le projet, l'instaurer, et puis après, dès qu'on a les  
340 accords de tout le monde, entre tous les intervenants, que ce soit extérieur que intérieur,  
341 voilà. Ça se met en place. Et puis ben du coup... euh... aujourd'hui, ça suit son cours et ça  
342 se passe bien. Voilà. Et toute l'équipe est derrière et là, c'est bon, ça marche.

343 *d 66- C'est une grande satisfaction.*

344 D 66- Ah ben oui eh ! Moi, ce que j'espère c'est que la personne réussisse. Et puis là, se, se  
345 donner du mal pour y arriver donc euh... oui ! Et puis je vois qu'elle est heureuse ben c'est  
346 surtout ça. Moi, c'est ce que je vois aujourd'hui. Mais c'est vrai que demain, tout peut  
347 s'arrêter hein. Mais, ben ... on aura essayé hein ... on aura essayé hein. Une personne qui  
348 est en institution depuis neuf ans, on peut pas ... voilà, quoi. Aujourd'hui, au moins on a le  
349 plaisir de la voir et puis elle a envie quoi. Donc euh... c'est vrai que dans un mois, tout  
350 peut s'arrêter, mais c'est comme ça quoi ... mais bon.

351 *d 67- Vous avez pas mal de compétences qui sont reconnues par le cadre, par l'équipe et*  
352 *par le médecin.*

353 D 67- Je ne le vois pas comme ça ! C'est mon travail, quoi, c'est tout ! Je, je travaille ! Je  
354 travaille pour ça, pour m'occuper des gens. Donc euh... quand je pars sur un projet, j'y  
355 crois. Parce que si j'y crois pas, c'est pas la peine hein. Donc j'y crois, pourtant c'est pas  
356 toujours facile parce qu'il y en a eu d'autres des projets comme ça que euh... j'y croyais  
357 moi et que personne n'y croyait autour. Et puis qu'aujourd'hui, je m'aperçois que la  
358 personne est encore dans son appartement et puis que ça fonctionne quoi. Donc ça, ça fait  
359 plaisir. C'est le résultat euh... et puis qu'on me dise euh... « T'as vu Dorothée, il va bien »  
360 « Ah ouais, il va bien ! ». Et puis, on me dit bien : « Bonjour ! Comment allez-vous ? »  
361 Là, ça c'est la satisfaction du patient. Moi, c'est celle-ci que je reconnais, voilà. De  
362 l'équipe ? Non, je fais mon travail.

363 *d 68- Vous auriez espéré un peu plus de reconnaissance de la part de l'équipe ?*

364 D 68- Ben ... je l'ai là. Je l'ai alors que je ne l'avais pas avant. Donc ça fait un peu drôle.  
365 Parce que même en tant qu'aide soignante, j'ai jamais eu ça. Donc, c'est vrai  
366 qu'aujourd'hui, si je ... si j'avais à choisir ... je parterais pas de cette unité. Ça c'est sûr ...  
367 parce qu'il y a une bonne ambiance, il y a une bonne équipe euh... on est soutenu euh ...  
368 voilà. Bon, c'est pas toujours rose hein non plus hein parce que il y a des coups durs hein.  
369 Euh... et puis on n'est pas toujours opérationnel non plus. On est euh... non franchement  
370 je ... aujourd'hui, j'ai une reconnaissance dans mon travail. Oui ! Personnellement, je me  
371 sens bien. Je me vois pas aujourd'hui aller ailleurs.

372 *d 69- Vous avez dit que vous aviez un contrat. Aujourd'hui, vous envisagez de poursuivre*  
373 *en psychiatrie après votre contrat ?*

374 D 69- Aujourd'hui, oui ! Mon contrat se termine en novembre 2013, 19 novembre 2013 et  
375 euh... oui, mon contrat euh... voilà. Mais pour moi, aujourd'hui, je me vois pas aller  
376 ailleurs. De toute façon, moi, ma vie, elle est ici à ZZZ déjà. J'ai ma vie de famille, j'ai  
377 tout ici donc euh... je me vois pas aller ailleurs. Bon je sais qu'il y a pas loin à faire la  
378 route, mais je ne suis pas intéressée. J'ai déjà fait la route.

379 *d 70- Vous envisagez quand même un investissement en psychiatrie ?*

380 D 70- Ouais. Oui, oui. Je me vois pas retourner sur le BMC<sup>26</sup> quoi. Non, non, non, parce  
381 que je pense que je serai déçue. Parce qu'on a quand même une liberté encore qu'on n'a  
382 plus déjà sur le BMC que j'ai connu, moi. Même en tant qu'infirmière hein, même si je les  
383 voyais les filles hein. Euh... mais ... en psychiatrie, on a encore une certaine liberté.

384 *d 71- Est-ce que le 19 novembre 2013 pourra effacer ce 19 novembre 2008 ?*

385 D 72- Non ... non ... ah non parce que c'est, c'est dans mon histoire à moi. Mais, moi ça  
386 m'a fait avancer par contre. Donc euh voilà. C'est, c'est ce que je disais au début, je sais ce  
387 que je veux et je, je sais ce que je veux pas quoi. Voilà.

388 *d 73- Comment participez-vous à l'accueil des nouveaux arrivants ?*

389 D 73- Ben, très bien, moi, j'aime bien, au contraire. On fait connaissance et puis euh... ça  
390 se passe très bien, enfin moi, j'ai, j'ai ... cet été d'ailleurs, j'ai ... ils sont arrivés sur le  
391 roulement de l'équipe que je travaillais, donc on a travaillé sur les week-ends ensemble,  
392 deux nouveaux arrivants, une au mois de juillet et l'autre au mois d'août euh... sur mon  
393 roulement, sur des week-ends. Ça veut dire qu'on était trois et j'étais la seule ancienne. Le  
394 cadre m'a rassurée en disant : « je n'ai aucun souci Dorothée, de votre part » donc euh...  
395 voilà. Je me sentais pas tout à fait à l'aise euh ... en confiance, parce que des fois c'est vrai  
396 que ce côté de violence, ça peut partir au quart de tour. Quand je connais pas mes  
397 collègues, je sais pas comment ils réagissent et tout. Et en fin de compte d'où la, la ... la  
398 bonne cohésion d'équipe, c'est que euh... ben, je me suis retrouvée un week-end hein,  
399 c'était le premier septembre donc j'étais, j'étais avec mes collègues, des jeunes hein, des  
400 jeunes, vraiment des jeunes diplômés dans tout, quoi, dans l'expérience professionnelle,  
401 dans tout. Parce que des fois, on peut être jeune diplômé mais avec de l'expérience déjà  
402 derrière. Mais là, jeunes diplômés en tout. Et euh... et on a reçu un patient très, très, très,  
403 très agité qui était ... qui était très délirant qui était euh... qui était très violent dans ces  
404 propos et tout. Mais bon, j'ai travaillé avec un aide soignant qui alors euh... a dominé la  
405 situation mais impeccable quoi, impeccable et du coup on a vu nos collègues se sentir mal  
406 à l'aise par rapport aux cris, par rapport à tout ça de la personne parce que la personne  
407 hurlait. Elle était ... elle hurlait dans la chambre d'isolement : « je suis fou ... » et puis des  
408 choses voilà, que je peux comprendre de ce que j'ai vécu moi, ce que j'avais vécu avant  
409 donc je peux comprendre tout à fait. Donc « écoutez, il n'y en a qu'une reste sur le bureau,  
410 l'autre qui reste avec les autres patients à la rigueur », et moi : « vous restez là ! Vous  
411 prenez les PTI<sup>27</sup> au cas où , si vous sentez qu'on est en danger vous sonnez tout de suite et  
412 nous, on essaie de gérer la situation à côté mais ... est-ce que toi tu peux donner un regard  
413 et puis l'autre personne sauve qui peut ! » Donc pas de souci, ça s'est fait comme ça, ça  
414 s'est voilà. Ils ont regardé, et j'ai vu les regards ... vraiment, le regard de mes collègues  
415 qui est, qui, ils avaient bien peur parce qu'ils ... ben oui, ils savaient pas à quoi s'attendre.  
416 Et puis du coup, ça s'est super bien géré. Mais parce que aussi, avec mon collègue, je me  
417 suis sentie en sécurité. Et puis, il a dominé une situation très, très importante quoi. Et ça  
418 s'est très bien passé. Voilà. Et après, on en a reparlé avec mes collègues. On a posé les  
419 choses...

420 *d 74- A votre initiative ?*

421 D 74- Ah oui ! Ah ben, il faut hein. Enfin, c'est par l'expérience que j'ai eu avant et qu'on  
422 ne faisait pas. Mais oui, oui. Là, je leur ai parlé. Je leur ai dit : « voilà qu'est-ce qui vous  
423 dérange ? Qu'est-ce, qu'est-ce qu'il se passe pour vous ? Qu'est-ce que voilà ». On en a  
424 discuté. Et puis on a désamorcé euh... la situation et ça s'est super bien passé. Et puis

---

<sup>26</sup> Bloc Médico Chirurgical

<sup>27</sup> Téléphone équipé d'une alarme pouvant prévenir les autres unités

425 après, ils ont appris et ben voilà, quoi. Ils ont appris à connaître le patient autrement, et  
 426 puis ça s'est très bien passé.

427 *d 75- Il y a de vos collègues qui expliquent la pathologie psychiatrique ? Aux nouveaux*  
 428 *arrivants ?*

429 D 75- Oui. Il y en a. Il y en a mais à la fois ça manque. Je sais qu'aujourd'hui, au niveau ...  
 430 vocabulaire tout ça, j'ai énormément perdu. On n'emploie plus le vocabulaire comme il  
 431 faudrait. Et ça, c'est dommage. On ne parle plus de délire paranoïde ou quoi que ce soit.  
 432 Et ça c'est un peu dommage. Je trouve qu'on perd beaucoup de mots.

433 *d 76- C'est-à-dire, qu'est-ce qu'on dit maintenant ?*

434 D 76- Ben ... on ... on coupe. Je pense qu'on coupe les mots. On dit : « ben il délire »  
 435 mais on n'en dit pas plus quoi. On ... on n'approfondit pas assez les choses, je trouve. Pour  
 436 nous cibler un peu plus quoi, les hallucinations, est-ce que c'est, voilà. Il est délirant. Il est  
 437 délirant et on reste là-dessus, voilà.

438 *d 77- Et vous pouvez demander au médecin qu'il vous donne un peu plus d'éléments ?*

439 D 77- Hum... ça dépend des médecins ... alors il y a des médecins oui. Ils expliquent très  
 440 bien la situation. On leur demande, il n'y a pas de souci hein. Même au niveau du  
 441 traitement : « ben pourquoi vous instaurez ce genre de traitement ? » et là, on nous répond  
 442 facilement, ouais. Ben oui « parce que ça va permettre ça et ça, ça va faire ça ! ». Donc  
 443 euh... mais euh... la théorie non, on n'en a pas, voilà. Moi, j'en apprends un peu. Mais  
 444 tous ceux qui sont au contact des étudiants, là, ils en apprennent ... à chaque fois. Moi, j'en  
 445 apprends pas mal auprès des étudiants. Comme je lis leurs, leurs projets de soins ou quoi  
 446 que ce soit, ça me permet de me remettre dedans.

447 *d 78- Excusez-moi de revenir un peu en arrière sur l'injection à faire dans votre première*  
 448 *unité. Mais j'aimerais savoir qu'est-ce qui a fait que vous avez quand même fait*  
 449 *l'injection, sans la refuser ?*

450 D 78- (silence)

451 *d 79- Qu'est-ce qui vous a poussé à passer à l'action ?*

452 D 79- Par euh... comment ... parce qu'il faut avancer et que ... il y avait besoin déjà pour  
 453 le patient. Ah et puis ... c'est toujours ça, c'est toujours ... il faut le faire mais il y a  
 454 quelque chose qui vous pousse à le faire. Mais euh...

455 *d 80- Quelque chose qui vous pousse ?*

456 d 80- Ben parce que c'est déjà votre travail avant tout ... et puis d'y croire, d'y croire dans  
 457 ce que vous faites et puis euh... pour d'autres situations, c'est vraiment euh... ben  
 458 vraiment c'est sentir qu'il y a quelque chose qui est là et qui croit en vous et puis que ...  
 459 « ben oui, toi, tu fais ... »

460 *d 81- Quelque chose ?*

461 d 81- Oui. Quelque chose ou quelqu'un. Quelqu'un qui, qui m'a toujours poussée ou qui  
 462 m'a toujours dit euh « ben là, tu as fait comme ça, mais en fin de compte, tu aurais pu faire  
 463 autrement, alors fais, fais autrement ou essaye d'agir autrement » et qui croyait en moi  
 464 donc euh du coup ça, ça m'a toujours fait avancer. C'est pour ça qu'aujourd'hui, j'en suis  
 465 là et puis que ... voilà. Parce qu'il y a des gens, même si c'était pas longtemps, même si  
 466 c'était juste ... voilà, quelques temps que je rencontrais une personne où qui me disait  
 467 ben : « tu ... vas-y, continue, fonce, on fait comme ça ou essaye de faire autrement ».

468 *d 82- C'était toujours la même ? Ou cela pouvait être une personne différente ?*

469 D 82- Des personnes différentes. De catégories différentes.

470 *d 83- Anciens ou jeunes ?*

471 D 83- Anciens ou jeunes, voilà. Ça peut être aussi le patient hein, lui-même. Voilà, ça peut  
472 être une réflexion de patient qui te dit euh... « ah oui, là, réfléchis bien ! » et puis voilà.  
473 Mais des fois, c'est peut-être le déclic quoi, le déclic de quelque chose. Parce qu'on  
474 s'aperçoit que ben oui, en fin de compte, je suis pas dans le bon truc ou quoi que ce soit.  
475 On me reproche ça ou alors je suis pas assez ... mais en fin de compte je m'aperçois que si.  
476 Quand le matin, j'arrive ici et qu'on me dit : « Ah bonjour Dorothée ! Bonjour ! Bonjour  
477 Dorothée ! » ça vous fait plaisir. Avant, j'arrivais on me disait bonjour et encore à peine.  
478 Donc c'est qu'il y a quelque chose que j'ai gagné. Il y a quelque chose que ... parce que  
479 euh à un moment donné, on m'a fait confiance et on m'a dit euh : « ben, voilà » et ça, c'est  
480 important. Quand les patients, ils viennent vous voir et que ... on sent que la relation est là  
481 ... qui vous font confiance, qui vous confient des choses très graves et euh... et puis qui ...  
482 et puis qu'ils y croient, qu'ils veulent croire à la vie malgré tout et que nous, on est là pour  
483 ça et qu'ils y croient, ben vous êtes obligé d'avoir quelqu'un derrière vous qui vous pousse  
484 pour que euh... voilà. Mais c'est vrai qu'il y a des situations compliquées hein. Je me suis  
485 vue dans des situations où ... très compliquées hein. Il y avait ce petit jeune, je m'en  
486 rappellerai tout le temps, qui avait fait une ... TS<sup>28</sup> très, très, très importante et tout, qui  
487 voulait se foutre en l'air avec sa voiture, qui a ... violent, une violence extrême avec  
488 l'alcool et tout. Donc il est arrivé chez nous. Et du coup euh... comment ... il a été  
489 longtemps en chambre d'isolement, fermée de toutes correspondances extérieures. Et du  
490 jour qu'il allait mieux, et puis il est sorti de la chambre d'isolement, on devait récupérer  
491 son portable. Et son papa nous avait averti : « attention, il avait annoncé son suicide par  
492 téléphone, par SMS ». Donc le message était enregistré sur son téléphone et avec toutes les  
493 réponses avec qui, de, de, de toutes les personnes à qui il l'avait envoyé. Donc c'est vrai  
494 que ç'a été euh... et puis, ça s'est passé bien sûr à vingt heures le soir ... donc euh du coup  
495 euh... je l'ai eu en entretien ... je lui explique la situation ... je lui, je lui ai, j'en  
496 ... seulement : « ben écoute, tu récupères ton téléphone mais est-ce que tu te souviens ce  
497 qui il y a, ce qui pourrait y avoir dans ton téléphone ? ». Alors, il me dit : « oui, je crois  
498 savoir ». Et donc on essaie d'en parler et tout. Il me dit : « oui je sais, j'ai envoyé le  
499 message et tout ». Alors euh... je lui ai dit : « alors qu'est-ce que tu veux faire ? Qu'est-ce  
500 que tu veux ? ». Il me dit oui mais pas tout seul. Alors je lui ai dit : « tu veux que je reste  
501 avec toi ? » et tout, il me dit : « oui, je veux ». D'accord, bon alors il regarde son message.  
502 Il était comme ça hein (côte à côte) et puis on ... je m'attendais pas voilà. Je voulais euh...  
503 juste l'accompagner dans ça. Et puis d'un seul coup, il me dit : « il faut que vous le  
504 lisiez ». D'accord, donc j'ai lu le message et c'est que ... ouah ! C'était mais ... voilà hein  
505 ... fracassant hein. Un gamin de vingt ans euh...voilà, quoi. Et ... là ... et là, j'ai eu un  
506 moment de réflexion et tout et ... j'ai fait : « il me faut quelqu'un ». Et quelqu'un ç'a été  
507 ma collègue hein ... donc voilà, il me faut toujours quelqu'un. Donc, j'ai été cherché ma  
508 collègue ... c'était RRR ... voilà je lui ai expliqué vite fait : « RRR viens, viens m'aider  
509 parce que là voilà » et ... pour savoir s'il avait encore des idées suicidaires et tout ça, suite  
510 à ça enfin euh l'acte quoi. Et ça s'est super bien passé. Et c'est là, et ça, ça fait avancer !  
511 Parce que RRR est venue ... pas de jugement, rien du tout sur moi ... vlan, elle glisse le  
512 truc, et on y va et ... on était là. C'était vraiment pour lui quoi ... voilà. J'ai longtemps  
513 travaillé et j'ai l'impression que les collègues ont travaillé pour les collègues ... mais là, là  
514 j'ai, je sens que je travaille pour les gens ... c'est quand je dis faire ses preuves, c'est ...  
515 moi ... j'ai pas de preuve là en voilà. On voit le résultat, surtout des gens ... mais avant,  
516 c'est ça, on travaille pour les collègues ... plus ou moins.

---

<sup>28</sup> Tentative de suicide

517 *d 84- Oui mais là vous avez appris en même temps.*

518 D 84- Et j'ai appris ! Et on m'a laissé apprendre.

519 *d 85- Mais cette collègue-là a travaillé un petit peu pour vous, pour que vous puissiez*  
520 *apprendre et que vous ayez moins cette appréhension.*

521 D 85- Ouais ! Je sais qu'aujourd'hui, je sais poser les questions comme elle, elle m'a  
522 appris, En disant : « est-ce que tu veux te suicider ? T'as envie de mourir ? Est-ce que ... ».   
523 Et ça maintenant, je sais le dire ... que je ne savais pas quand je suis arrivée ici.

524 *d 86- C'était trop dur émotionnellement ?*

525 D 86- Ah ben oui ! Oui ! Je savais pas si je devais dire bien ou pas bien. Je ne savais pas ce  
526 que je devais développer comme électrochoc ou pas. Je savais pas, voilà. Mais, entre  
527 temps, je me suis formée quand même hein. J'ai fait les stages et tout parce que j'avais  
528 besoin de me former donc ça je l'ai fait. Mais moi, j'avais besoin de savoir s'il fallait, enfin  
529 si on devait dire la phrase. Ben parce que, quand on est à l'école, on nous dit pas tout ça. Et  
530 j'ai pas eu le temps de l'apprendre dans les autres endroits où j'ai été. Là, je suis arrivée ici  
531 et ben, j'ai appris plein de choses. Et j'en apprends encore. Et c'est... voilà. Et c'est ce que  
532 j'attendais à la sortie de l'école. Et voilà. Et maintenant, je tourne maintenant sur les  
533 bonnes personnes, et ben tant mieux pour moi ... tant mieux pour moi. Ça c'est des  
534 souvenirs, des bons souvenirs parce qu'au moins, voilà. Elle est venue. Elle m'a pas jugée  
535 sur quoi que ce soit sur mon, sur ma façon de faire quoi que ce soit. Elle a bien vu que sa  
536 collègue était en difficulté, que j'avais besoin de ... euh... le patient avait besoin de  
537 verbaliser des choses mais que je pouvais pas l'entendre. Donc, et ben elle y a été. Et  
538 après, on en a reparlé, il n'a y eu aucun jugement de valeur. Et c'est ça qui est important.  
539 C'est que là, elle m'a vue en tant que collègue qui apprenait, pas comme une infirmière qui  
540 savait pas travailler. C'est toute la différence.

541 *d 87- Et là, vous avez appris à vous confronter avec quelqu'un suicidaire qui ne parle que*  
542 *de mort.*

543 D 87- Enormément ! Enormément ! C'est un *borderline* donc euh...voilà, hein, vraiment,  
544 vraiment il était au bord du ravin, ce petit jeune hein. Il fallait vraiment le ... pff (geste tiré  
545 vers soi) tirer tout doucement vers nous, qu'il ait confiance en nous. Et moi, il m'a donné  
546 confiance en me donnant son portable. Et ben moi qu'est-ce que j'en fais moi de ça ? Ben  
547 là, j'ai ... alors, je lui ai dit hein. J'ai été franche avec lui. Je lui ai dit : « excuse-moi, mais  
548 là, je vais me faire aider de ma collègue si ça te dérange pas ». Il m'a dit : « bon  
549 d'accord ». Et hop, je suis partie chercher RRR ... pas de souci, elle est venue. Et ça s'est  
550 super bien passé, parce que ce jeune aujourd'hui, sa prise en charge est réussie parce que il  
551 n'est plus là, déjà et puis, on le voit pas et voilà. Donc je pense que voilà. Mais ça, c'est du  
552 boulot. Là, ça me conforte dans mon travail en tant qu'infirmière.

553 *d 88- Oui ! Vous pouvez !*

554 D 88- (grand sourire) (rire) Voilà ! C'est pas compliqué mais ... voilà. C'est important  
555 hein. C'est important. Voilà.

556 *d 89- Et bien, écoutez, je vous remercie beaucoup.*

557 D 89- Merci



## VIII. 5. Entretien de Fiona

1  
2 *f 1- Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. Est-ce que dans un premier temps,*  
3 *vous voulez bien vous présenter euh sur le plan professionnel, votre âge, votre parcours*  
4 *euh... votre formation et puis sur le plan personnel et familial ce que vous voulez bien me*  
5 *dire ?*

6 F 1- Bien sûr. Donc je m'appelle Fiona XXX. Je suis infirmière en psychiatrie dans le  
7 service YYY à ZZZ. Euh... ça va faire bientôt un an et demi que je travaille ici. Euh... et  
8 cela depuis l'obtention de mon diplôme donc depuis novembre 2011. C'était un souhait  
9 d'être ... d'être affiliée à des services en psychiatrie. Euh... voilà, au niveau de mon  
10 parcours d'études euh moi, j'ai fait mes études dans l'optique déjà à l'avance de ... de  
11 m'acheminer vers ce milieu professionnel. Euh... en panel de stages, j'ai fait des stages là  
12 où je suis employée actuellement. Donc à YYY, j'ai passé mon diplôme d'Etat là-bas. Et  
13 ensuite, j'ai été embauchée dans le même service. Euh... comme parcours d'études, j'ai  
14 fait un, un module optionnel sur les liens entre la santé psychiatrique, la précarité et  
15 l'addictologie. Euh... on avait essayé d'intriquer tout ça et de voir quels liens, on pouvait  
16 en tirer et quelles conclusions. Et euh... j'ai fait un mémoire de, de fin d'études sur le refus  
17 de soins en addictologie. Voilà, ce qui est de mon parcours ... étudiante et professionnelle  
18 jusqu'à aujourd'hui. Euh... et voilà. Après, au niveau personnel, il n'y a pas grand-chose  
19 qui ... peut être d'intérêt pour aujourd'hui, enfin je sais pas.

20 *f 2- Votre âge peut-être ?*

21 F 2- Oui, 23 ans.

22 *f 3- Est-ce que vous voulez bien me parler de votre accueil, à votre arrivée dans votre*  
23 *poste ?*

24 F 3- Oui, alors euh... alors ma prise de poste, ç'a été une prise de poste mais pas ... enfin  
25 ... c'est pas comme si c'était quelque chose que je ne connaissais pas puisque je venais  
26 juste de passer mon diplôme dans le service. Donc euh... quand je suis arrivée, je  
27 connaissais déjà le fonctionnement, l'organisation, euh l'équipe aussi hein et qui m'a  
28 accueillie aussi en tant qu'étudiante, donc c'était deux mois et demi avant, que je  
29 connaissais déjà un petit peu donc. Euh... donc c'est pas je pense une intégration tout à fait  
30 ordinaire comme quelqu'un qui arrive dans un milieu qui ne connaît absolument pas avec  
31 des gens nouveaux, des personnes nouvelles parce que les patients que j'ai rencontrés en  
32 arrivant étaient quasiment les mêmes que j'avais quittés auparavant en tant qu'étudiante.  
33 Donc, il y a plutôt un travail de transition plutôt qu'intégration. Moi, ç'a été un travail de  
34 transition entre l'image d'étudiante et l'image de professionnelle quoi. La professionnelle  
35 diplômée qui entre dans, dans sa vie active quoi.

36 *f 4- Alors comment s'est faite cette transition ?*

37 F 4- Euh... pff ... comment s'est faite la transition ? Ben, déjà on se rend compte qu'on a  
38 les responsabilités qui sont d'ores et déjà ici présentes. Euh... il y a une couverture qu'on  
39 n'a plus aussi parce que quand on n'est plus étudiante, on est professionnelle, on a des  
40 décisions à prendre en équipe bien sûr. Mais on se rend compte qu'il y a les responsabilités  
41 qui sont là. Ça c'est quelque chose euh... qui ... qui n'a pas été difficile mais qu'il a fallu  
42 prendre conscience très rapidement en fait. Euh... donc la transition, c'était ça et de  
43 s'affirmer auprès des collègues aussi. C'est un travail qui est ... je pense dans tous les  
44 services quand on arrive, il y a ce travail-là. Mais là de s'afficher, enfin de, d'arriver en  
45 tant que professionnelle et non plus étudiante, c'est un tout petit remaniement à faire mais  
46 il est important.

47 *f 5- S'afficher, c'est-à-dire ?*

48 F 5- Euh... s'afficher, c'est-à-dire euh... euh ... ben je pense que déjà en tant qu'étudiante,  
49 fin de troisième année, passage de diplôme ... on gagne en crédibilité hein euh au niveau  
50 d'une équipe, il faut être crédible. Il faut montrer que les connaissances sont là et qu'on est  
51 presque prêt à être sur le terrain puisque euh logiquement euh... deux semaines plus tard,  
52 on est sur le terrain.

53 *f 6- Crédible et montrer qu'on est presque prêt ? Vous pouvez développer un peu ?*

54 F 6- Crédibilité, j'entends euh... ben qu'on ... que les collègues puissent se dire que « dans  
55 deux semaines, je peux travailler avec cette personne ... elle aura les compétences et je, je,  
56 ça me fait pas peur ». Ça je trouve que c'est important.

57 *f 7- Il y avait une notion de faire ses preuves ?*

58 F 7- Peut-être ouais. Certainement que quand on arrive dans un service, en tant que  
59 nouvelle diplômée et ... voilà, il faut faire ses preuves, oui. Il faut montrer qu'on est  
60 capable de ... et ... voilà, qu'on peut s'intégrer à un travail en équipe et être efficace, ça  
61 me semble important.

62 *f 8- Vous l'avez ressenti, ça ?*

63 F 8- Oui.

64 *f 9- Et alors, je peux vous demander sur quoi, vous avez fait vos preuves ? vous avez des*  
65 *situations ?*

66 F 9- Alors, faire mes preuves, non. Mais, montrer la, la collaboration, montrer qu'on est  
67 capable de monter un projet autour d'un patient, une prise en charge qui ... qui va dans le  
68 sens euh... comment dire, du bien-être du patient. Ça, c'est important de montrer qu'on  
69 peut s'intégrer à un projet et aller jusqu'au bout. Euh... montrer qu'on a des actions, qu'on  
70 a des capacités réactionnelles aux situations qu'on rencontre. Ça c'est important aussi ... et  
71 c'est quelque chose que ... du coup que j'ai développé en tant que professionnelle. Mais  
72 que mon parcours étudiant dans le service YYY m'avait déjà permis beaucoup de  
73 développer avant d'arriver. C'est-à-dire, qu'il y a des choses dont ... où je, je savais  
74 quelles réactions à peu près adopter face à telle ou à telle situation. Après, il y a un panel  
75 qui est très large, mais euh... des capacités réactionnelles voilà.

76 *f 10- Dès votre prise de poste, une fois diplômée, est-ce que vous vous êtes sentie épaulée ?*

77 F 10- Ouais. Oui, parce que ... je me suis sentie épaulée parce que j'avais ... enfin, déjà  
78 avec les collègues, il y a quand même une entente, une cohésion est importante. Et, je  
79 pense que ... les nouveaux arrivants dans l'équipe, en tout cas moi je l'ai perçu comme ça,  
80 sont très vite intégrés et euh... voilà. Il y a pas de questions bêtes, il y a pas de, de réponses  
81 idiotes non plus. On ... il y a un échange qui se fait naturellement qui fait que ... on est  
82 mis à l'aise assez rapidement dans l'équipe et intégré.

83 *f 11- Ces échanges se font de façon formelle c'est-à-dire dans des temps de réunion ou de*  
84 *façon totalement informelle ?*

85 F 11- C'est plutôt informel. Ouais.

86 *f 12- Et ça se fait collectivement ou ça se fait plutôt en individuel ?*

87 F 12- Alors euh tout dépend des sujets hein, c'est vrai que pour certaines questions, on va  
88 plutôt parler de façon duelle hein, c'est-à-dire euh... bon, je me posais une question : « est-  
89 ce que tu peux m'aiguiller ou me dire comment est-ce que je devrais euh... faire par  
90 rapport à ça ? ». C'est plutôt des relations qu'on a entre deux collègues quand on ne sait

91 pas trop comment se positionner. Et après euh... il y a des choses dont on discute plus ...  
 92 plus largement en équipe euh qui sont de l'ordre organisationnel, euh du service, euh... la  
 93 ... la relation aux patients et cetera. Ça c'est des choses qu'on aborde en groupe. Après  
 94 euh... tout se joue aussi autour des affinités et cetera.

95 *f 13- Des affinités ?*

96 F 13- Des affinités, c'est-à-dire des, des personnalités, on a tous des, des concordances, je  
 97 pense qui font que euh... notamment quand je suis arrivée, il y a des questions que j'ai  
 98 posé plus facilement à certaines de mes collègues plutôt qu'à d'autres.

99 *f 14- Quel est le lien de cette affinité ? Est-ce du temps que vous étiez étudiante ?*

100 F 14- Alors le lien euh... je pense qu'il y a des choses de l'ordre du personnel c'est-à-dire  
 101 que ... parfois on rencontre des gens qui ont le même âge que soi-même, pour lesquelles  
 102 on peut se retrouver un petit peu parce que la personne dont je parle, c'est une collègue qui  
 103 était déjà là avant moi et euh... qui était diplômée fraîchement aussi, donc qui était  
 104 passée par les mêmes étapes un petit peu avant moi. Donc, on se retrouvait un petit peu,  
 105 moi c'était un petit peu comme un miroir où je pouvais me refléter en me disant elle l'a  
 106 déjà vécue donc elle peut m'aiguiller et me répondre à mes questions euh...

107 *f 15- Fraîchement vécue, de combien de mois à peu près ?*

108 F 15- Elle était diplômée depuis un an et demi, elle aussi avant moi, donc voilà. Et ça des  
 109 choses qui ont été importantes d'être à l'aise assez rapidement, pouvoir poser des questions  
 110 euh... et puis aussi se faire un ... un raisonnement, une réflexion professionnelle  
 111 personnelle. Et échanger avec les autres surtout, ça c'est important et surtout dans, dans  
 112 notre domaine de soins. Je trouve hein.

113 *f 16- L'apport théorique, vous l'aviez toujours de façon informelle ?*

114 F 16- Non. Il y a aussi tout ce qui est réunions de service et cetera. Euh...

115 *f17- Vous pouvez m'expliquer vos réunions de service, leur fréquence, leur composition,*  
 116 *leur animation ?*

117 F 17- Moi, j'en ai vécu deux jusque-là. Donc, généralement, il y en a une à deux dans  
 118 l'année. La dernière, on l'a faite il y a deux mois. Et c'est vrai que dans les réunions de  
 119 service, on survole beaucoup ce qui est organisationnel, c'est-à-dire la répartition des soins  
 120 dans la journée. Euh... d'année en année, certainement, on essaie d'améliorer le  
 121 fonctionnement du service. Ça, c'est surtout basé autour de tout ça. Après euh... dans tout  
 122 ce qui est réflexion en équipe, ça va passer par des réunions médicales, pluridisciplinaires  
 123 où effectivement on échange avec l'ensemble des professionnels par la palette des  
 124 professionnels qui gravitent autour du patient. Mais, pour moi, c'est pas les moments les  
 125 plus riches ... c'est-à-dire que je trouve que parfois quand on prend un temps euh... par  
 126 exemple, lors des transmissions, lorsqu'on prend euh... admettons dix minutes de  
 127 transmissions pour parler d'un seul patient, en équipe, c'est-à-dire en inter équipe avec le  
 128 maximum de professionnels, je trouve que c'est dans ces moments-là qu'on est les plus  
 129 efficace et qu'on est le plus dans la cohésion. Parce que la réunion médicale finalement, il  
 130 y a les trois infirmières de l'équipe euh... et les autres professionnels, mais il manque  
 131 quand même les dix autres infirmiers qui sont pas là. Et je trouve que l'esprit de cohésion  
 132 et d'échanges autour d'une prise en charge se fait beaucoup plus facilement ... lorsqu'on  
 133 est le plus nombreux c'est-à-dire à l'inter équipe quand on est tous ensemble.

134 *f 18- Et là, vous apprenez plus la théorie concernant la pathologie d'un patient ?*

135 F 18- En apport théorique, on ... on survole aussi toute l'histoire de la maladie. Donc là, on  
 136 relève quelques petites choses. Parfois, on apprend des choses parce que chacun à son mot  
 137 à ... à apporter et connaît un petit peu l'histoire du patient, avec un regard différent parce  
 138 qu'on explore pas tous la même chose. Chez un patient, on n'a pas tous la même façon de  
 139 ... d'entrer en relation avec lui. Donc oui, l'apport théorique, c'est aussi l'échange inter  
 140 professionnel et la mise en lien.

141 *f 19- Inter professionnel ? Vous avez une équipe inter professionnelle, c'est-à-dire ?*

142 F 19- Alors, c'est-à-dire que euh... par exemple, le lundi matin, on a une réunion médicale  
 143 où il y a les infirmières présentes le matin, l'aide soignant, le cadre infirmier, le médecin,  
 144 une infirmière en alcoologie, l'assistante sociale, l'infirmier enfin le cadre infirmier du  
 145 secteur ou des infirmiers pour représenter l'équipe. Là, c'est un moment qui est riche parce  
 146 que euh... il y a tout un panel de ... de soignants intra et extra hospitaliers qui est présent.  
 147 Et je trouve que, enfin, alors voilà, c'est assez condensé ... au niveau des échanges.

148 *f 20- Il n'y a pas de professionnel qui gravite autour du patient qui sont en dehors de*  
 149 *l'établissement ?*

150 F 20- Très peu.

151 *f 21- Mais ça arrive aussi ?*

152 F 21- Ça peut arriver, mais, mais c'est très rare. C'est plutôt sur les temps de synthèse  
 153 qu'on a ce genre de situations.

154 *f 22- Ah, vous avez des temps de synthèse ?*

155 F 22- Parfois pour des prises en charge un petit peu compliquées, oui. Et on arrive de faire  
 156 en sorte d'avoir des synthèses avec le médecin du service et les médecins extérieurs, les  
 157 éducateurs, les intervenants extérieurs. Ça peut arriver oui.

158 *f 23- Vous aviez évoqué cette prise de responsabilités immédiates euh... là aussi, est-ce*  
 159 *que vous vous êtes sentie aidée ?*

160 F 23- Euh... oui, alors aidée, je sais pas si c'est le mot ... dans le sens où les décisions sont  
 161 prises le plus souvent dans l'urgence, par exemple, c'est une décision d'équipe. C'est-à-  
 162 dire, qu'on est toutes d'accord et la responsabilité est assumée par le groupe. Euh... je sais  
 163 pas si je suis claire dans ce que ...

164 *f 24- Situation d'urgence ?*

165 F 24- Par exemple, comment dire, ben un patient qui ... on appelle ça qui *classe*, c'est-à-  
 166 dire qui ... finit par monter en tension et être euh... en besoin de contention et d'aide  
 167 euh... autre que ... dans le dialogue. Euh... dans ces cas-là, c'est une cohésion d'équipe,  
 168 c'est-à-dire qu'on se met d'accord et on assume la responsabilité, c'est-à-dire euh... vis-à-  
 169 vis du médecin, vis-à-vis de ... ben des différents supérieurs hiérarchiques.

170 *f 25- Et alors, comment ça se passe ?*

171 F 25- Comment ça se passe ? Ben, de toute façon, quand ça arrive, parfois on a le temps de  
 172 le voir venir et on a le temps d'anticiper les choses. Mais quand c'est vraiment dans  
 173 l'urgence, la cohésion bon ben là, tout de suite, on va toutes dans le même sens. Et ensuite,  
 174 on ... on prend le temps de discuter sur ce qui s'est passé et euh ...

175 *f 26- Vous avez un exemple précis ?*

176 F 26- Un exemple précis ? Euh ... oui, j'en ai un. Donc euh... c'était un patient euh... je  
 177 peux en parler de toute façon ?

178 *f27- Oui.*

179 F 27- Patient schizophrène donc qui est connu du service, qui un matin euh... arrive dans  
180 nos locaux, dans le bureau et nous dit euh... « bon, si je vois pas le médecin avant midi,  
181 euh... je, je casse tout ». Alors euh... euh... complexité ... donc la situation, le médecin  
182 n'est pas là, elle ne sera pas là midi, on le sait. Euh... donc notre travail, bon ben ç'a été  
183 l'anticipation du, de la crise euh... clastique, la crise de violence, avec euh... un appel de  
184 renforts, contention, chambre d'isolement et euh... un appel au médecin de garde bien sûr  
185 pour le prévenir mais c'est des choses qui s'enclenchent et quand elles sont enclenchées,  
186 on va dans le même sens, c'est-à-dire que même si il y en a une d'entre nous qui pense que  
187 peut-être c'était pas la solution, on pouvait faire autre chose, on ira toutes dans le même  
188 sens. C'est pour ça que je trouve que la, le, la notion de responsabilité dans une situation  
189 comme ça, elle est assez partagée.

190 *f 28- Là, l'anticipation, c'était d'appeler des renforts ?*

191 F 28- L'anticipation, c'est de, ben c'est de mettre tout le monde en sécurité c'est-à-dire de  
192 pas se mettre en danger, de ne pas mettre la personne en danger, les autres patients surtout.  
193 Et ... oui, d'anticiper une mise en chambre d'isolement. C'est des moments qui ne sont pas  
194 toujours faciles. Donc, il y a un travail, un vrai travail d'anticipation dans ces moments-là  
195 ... à mon sens.

196 *f 29- Donc, la personne a été contenue physiquement pour la mettre dans la chambre*  
197 *d'isolement ?*

198 F 29- Ouais ... contention physique et bien sûr après sédation par injection puisque ... ça  
199 fait partie aussi du processus.

200 *f 30- Il y avait beaucoup d'agitation ?*

201 F 30- Il y a eu beaucoup d'agitation, ce jour-là oui.

202 *f 31- Et alors, comment l'avez-vous vécue ?*

203 F 31- Euh... pff... je vais pas dire qu'on s'y habitue, mais ... pour moi l'agitation en  
204 psychiatrie, c'est l'expression d'une souffrance. C'est ... quelque chose qui est extériorisée  
205 sous cette forme-là. Euh... et pour avoir vécue des situations pas toujours faciles, euh...  
206 j'ai appris à m'en, à prendre du recul avec ça. Et à voir la souffrance plutôt qu'une  
207 agression directe envers le, le soignant. Ça, c'est ... une protection que j'ai façonnée  
208 autour de moi. C'est ma façon de me protéger de l'agressivité soit verbale soit physique.

209 *f 32- Mais j'aimerais savoir comment avez-vous vécu les premières agitations auxquelles*  
210 *vous avez assisté ?*

211 F 32- Les premières agitations ? Alors, c'était en première année donc c'est ... c'est pas  
212 tout jeune. Euh... c'était en première année, premier stage, c'était ici, à YYY, et euh...  
213 c'était un patient qui, qui est toujours ici d'ailleurs, qui était très, très violent à l'époque,  
214 très agité, dans un délire très ... riche. Et donc, on m'a mis beaucoup à l'abri de tout ça, en  
215 fait. Les soignants à l'époque ont été très ... pas protecteurs mais ils m'ont dit : « voilà, tu  
216 es étudiante, tu as le droit de regarder » mais ils m'ont mise à l'écart de tout ça. Après, en  
217 tant que professionnelle, ben oui, on est au cœur du, du ... de cette agitation et de cette  
218 agressivité. Euh... comment est-ce qu'on réagit ? (silence) Ben de façon professionnelle, le  
219 plus possible.

220 *f 33- Comment avez-vous pu prendre ce recul ? Cette période de transition entre la*  
221 *première participation à une crise d'agitation et de voir maintenant plutôt une*  
222 *souffrance ?*

223 F 33- Euh... ben c'est ... c'est un recul que j'ai pris, déjà à travers euh... J'ai fait des  
224 lectures sur le sujet dans ... c'étaient des petits articles, euh... plus des apports théoriques  
225 et cetera qui ont fait que finalement, ça s'est enclenché tout seul. Je me suis dit, enfin, j'ai  
226 compris assez rapidement, que c'était l'expression d'une souffrance. Et ... quand ça nous  
227 arrive, il faut pas l'oublier parce que c'est aussi une façon de garder le lien, je trouve,  
228 patient – soignant, c'est-à-dire de pas être dans la peur du patient ou euh... euh... de se  
229 mettre dans la toute puissance puisque qu'on est face à quelqu'un qui souffre. Donc ça,  
230 c'est ... ç'a été assez naturel en fait. Ça s'est fait assez progressivement. Après, il y a des  
231 situations beaucoup plus faciles que d'autres. Mais euh...

232 *f 34- Ces lectures, vous les avez choisies toute seule ou c'est quelqu'un qui vous a*  
233 *orientée ?*

234 F 34- C'est des lectures que j'ai faites toute seule dans ... *Psychiatrie magazine*. Euh... il y  
235 avait celle-ci et euh... dans un manuel psycho, psycho ... pathologique voilà de la  
236 psychiatrie où ça expliquait un peu en lien par rapport aux pathologies et cetera, les accès  
237 de délire, les accès de violence. Ça expliquait un peu tout ça. Et j'ai lu un livre qui était  
238 super sur la schizophrénie de Catherine SSS, il s'appelle comme ça d'ailleurs, où elle avait  
239 un regard tout à fait euh... neuf sur la violence en psychiatrie notamment du patient  
240 schizophrène et délirant. Et euh... par le biais de ces lectures et de ces différents euh...  
241 différents apports, c'est vrai que mon, ma perception des choses a aussi changé.

242 *f 35- Votre perception des choses a changé grâce à votre initiative de lire ?*

243 F 35- Il y a ça, mais il y a aussi le travail d'équipe, c'est-à-dire les collègues qui ont réussi  
244 à me mettre à l'aise avec ça, à me dire, c'est impressionnant, c'est déstabilisant parce que  
245 c'est ... c'est parfois très impressionnant la violence en psychiatrie mais ils ont réussi à me  
246 dire « écoute, on prend un temps, on en discute, mais ça fait partie de notre travail et euh  
247 ... on fait même si ça paraît violent, c'est dans l'intérêt du patient, pour son bien ». Je  
248 pense que quand on a compris ça, on en a assez discuté entre ... professionnels, euh...  
249 après, ça nous semble plutôt naturel.

250 *f 36- Alors vous débriefiez autour de ces situations pendant la situation ou un moment plus*  
251 *tard ?*

252 F 36- Euh... parfois tout de suite après parce que tout de suite après la crise, on a tous  
253 besoin de souffler, de vider notre euh... notre cœur de tout ce qu'on a vécu juste avant, et  
254 notre tête surtout parce qu'on réfléchit énormément. On a beaucoup de questions qui se  
255 posent et qu'on pose pas dans le moment. Donc tout de suite après, il y a souvent un temps  
256 de cinq, six minutes où on prend le temps de se poser, de discuter de ce qui s'est passé et  
257 de ... et d'anticiper après la suite, de voir comment on va faire les choses ensuite. Et pour  
258 les grands moments de... de crises... c'est plutôt quelques temps après qu'on parvient à en  
259 discuter. Moi je me rappelle d'un ... patient qui m'avait euh... agrippée par les cheveux, et  
260 c'est vrai que dans la journée, j'en avais pas du tout parlé de ça. J'en ai reparlé qu'une  
261 semaine après quand j'avais vraiment euh ... accusé le coup, que, que j'avais pris du recul  
262 avec la situation parce que c'était trop vif sinon. Je pouvais pas en parler ... avec d'autres  
263 personnes ... par exemple.

264 *f 37-Vous pouvez me parler un petit peu de votre ressenti de cette situation, c'est-à-dire*  
265 *sur le moment et sur la période jusqu'à ce que vous puissiez en parler à l'équipe ?*

266 F 37- Oui, bien sûr. Donc, sur le moment euh... sur le moment, j'étais très fraîchement  
267 diplômée, ça faisait euh... à peine un mois que je travaillais. Alors, incompréhension  
268 totale, je suis vraiment ... ça m'a bousculée, ça m'a vraiment euh terrorisée aussi parce que  
269 ça m'a vraiment fait peur. Je me suis retrouvée dans une situation où ... j'étais faible et je

270 pouvais pas faire grand-chose. Euh... ensuite rassurée parce que tout de suite l'esprit  
271 d'équipe est là. Il y a les renforts, il y a le monde qui vient et qui vient en aide ... à la fois à  
272 moi et au patient parce qu'il était aussi ... pas très bien euh... et il avait besoin d'aide lui  
273 aussi. Euh... donc ensuite, j'en ai parlé avec une collègue avec qui je suis proche. Les  
274 autres, j'en ai pas trop parlé au début parce que c'était frais et parce que euh... j'étais dans  
275 l'incompréhension de ce qui avait pu déclencher ce passage à l'acte. Et même aujourd'hui,  
276 je crois que j'ai pas la réponse et peut-être que je l'aurai pas. Est-ce que j'ai dit quelque  
277 chose ? On se pose plein de questions. Est-ce que j'ai fait quelque chose ? Est-ce que j'ai  
278 pas entendu une demande ? Il y a plein de choses qui se bousculent dans la tête. Et après ...  
279 on a ... j'en ai discuté avec quelques unes de mes collègues. C'était autour d'un ... d'un  
280 café. On était en train de boire un café ensemble. Et on a pu en discuter. Et là, j'ai pas eu  
281 des réponses, mais j'ai eu, j'ai été rassurée. On m'a dit « ben c'est normal que tu as eu des  
282 difficultés d'en parler, c'est normal que ça t'avait fait peur et que du coup tu aies une  
283 appréhension, ça va passer mais ça fait partie de ... c'est un processus, c'est un travail sur  
284 toi-même qu'il faut euh... qu'il faut faire parce que le travail en psychiatrie, c'est aussi ça  
285 parfois même si heureusement c'est pas tous les jours. Ça peut être de l'agressivité, ça peut  
286 être de la violence, mais elle ne t'était pas destinée ». Et d'entendre ça, ça m'a vraiment  
287 rassurée en fait. J'étais pas visée, c'était un délire. C'était quelque chose qui ... qui  
288 ressortait de cette façon chez cet individu, en fait.

289 *f 38- Tout de suite après, le lendemain, vous vous êtes posée la question de la continuité à*  
290 *travailler en psychiatrie ?*

291 F 38- Non, parce que ... moi, j'ai, j'ai une conviction d'être là et de devoir être là en fait.  
292 Pas pouvoir être ailleurs, parce que c'est ce que j'aime faire. C'est euh... la psychiatrie,  
293 c'est quelque chose d'assez mystérieux qui m'a toujours assez euh... je dirais pas fascinée  
294 mais toujours intéressée. J'ai toujours eu de l'intérêt avec des lectures et cetera. Et euh...  
295 par le biais de mes études, j'ai compris assez rapidement que euh... j'avais ma place en  
296 tant que soignante dans ce domaine-là pour l'instant. Et dans l'immédiat, je me vois pas  
297 être ailleurs.

298 *f 39- Maintenant, qu'est-ce que vous auriez souhaité comme aide supplémentaire pour*  
299 *votre prise de poste ?*

300 F 39- Comme aide supplémentaire ? Euh... ben, je pense que ... des heures de modules en  
301 plus auraient été euh... très aidantes ... des apprentissages théoriques. Les stages, on va  
302 pas se plaindre car je fais partie de l'ancien référentiel et on avait quand même trois stages  
303 en psychiatrie, chose qui n'existe plus aujourd'hui. Les étudiants n'ont plus qu'un seul  
304 stage de dix semaines. Alors dix semaines oui, mais un seul ... c'est-à-dire que ... selon  
305 s'ils font le stage en première année et en troisième année, ils n'auront pas du tout la même  
306 perception du travail en psychiatrie. Donc, ça c'était une chance pour nous. On a eu trois  
307 stages, un en première, en deuxième et en troisième année, une évolution de la réflexion  
308 professionnelle, de l'investissement dans le travail d'équipe parce qu'on ne peut pas faire  
309 les mêmes choses en première et en troisième année dans quelque domaine que ce soit.  
310 Mais euh... un petit bémol sur les temps de, d'apports théoriques qui étaient toujours assez  
311 survolés et assez rapides. Et euh... quand on voit l'étendue des, des recherches, des apports  
312 qu'il y a en psychiatrie, c'était pas suffisant, parce qu'on survolait. Après, c'était de  
313 l'investissement et de la réflexion personnelle, de l'intérêt qui faisait qu'on s'y intéressait  
314 ou pas. Mais je pense qu'en sortie de diplôme d'Etat, on est un peu juste.

315 *f 40- Alors, avec la réforme, ça risque d'être encore plus juste, qu'est-ce que vous*  
316 *préconiseriez comme aide pour la prise de poste ?*

317 F 40- Une aide dans la prise de poste ? Euh... moi, j'ai fait une formation, cette année, qui  
318 normalement est obligatoire pour les nouvelles infirmières prenant un poste en psychiatrie.

319 *f41- C'est-à-dire ?*

320 F41- C'est-à-dire, c'est une formation qui s'appelle *Le travail infirmier en psychiatrie* avec  
321 un ... un ... on voit tous les apports théoriques donc névroses, psychoses et cetera. Et euh le  
322 travail concret en psychiatrie, c'est-à-dire la conduite d'entretiens euh... les réactions et  
323 cetera, enfin, on survole un petit peu tout ça. Et ... c'est dommage parce que, bon moi je  
324 l'ai faite un an après ma prise de poste, je l'ai faite que cette année. Mais je pense qu'elle  
325 devrait se faire avant une prise de poste. C'est-à-dire que, avant d'embaucher, on devrait  
326 avoir ces trois jours où on nous explique un petit peu vers quoi on va, comment ça va se  
327 dérouler le travail et cetera, et euh... réviser un petit peu les apports pour arriver avec  
328 euh...des bases un peu plus solides.

329 *f42- Parlez-moi un petit peu de votre collaboration avec vos collègues, les jeunes, les*  
330 *moins jeunes ?*

331 F 42- Oui, euh... alors ...

332 *f43- Comment ça se passe entre vous ?*

333 F43- La collaboration, euh... et ben c'est hyper varié en fait parce que c'est vrai que le  
334 travail en psychiatrie n'est pas le même selon si on est avec un ISP<sup>29</sup> ou une ISP, donc  
335 infirmière spécialisée en psychiatrie, ou une IDE<sup>30</sup> comme nous jeune diplômée. C'est pas  
336 du tout pareil. Euh ...moi, je trouve que la richesse de notre travail, c'est que notre équipe  
337 est assez euh... hétérogène, c'est-à-dire qu'on est ... on n'est pas tous pareils et on a tous  
338 nos ... nos personnalités et heureusement.

339 *f 44- Vous pouvez décrire rapidement l'ancienneté dans la composition de l'équipe ?*  
340 *Combien de jeunes ? Combien de moins jeunes ?*

341 F 44- Oui, alors combien de jeunes ... euh... des jeunes en psychiatrie, on est ... six ... de  
342 trois ans à zéro d'ancienneté, donc voilà. Ensuite, il y a ... une partie intermédiaire où les  
343 personnes ont fait d'autres choses aussi donc euh pédopsychiatrie et cetera des choses qui  
344 se recoupent qui ont une expérience qui est située entre trois et douze ans, on va dire. Et  
345 après, on a euh... une deuxième catégorie de personnes entre guillemets qui auraient entre  
346 trois et dix, douze années d'expérience en psychiatrie. Et ensuite, on a deux soignants,  
347 donc un aide soignant, un infirmier qui ont une expérience supérieure à vingt ans, c'est-à-  
348 dire qui ont suivi la formation d'ISP pour mon collègue infirmier et un collègue aide  
349 soignant qui a toujours été dans le domaine de la psychiatrie qui ont donc un regard  
350 totalement différent de celui des jeunes arrivantes euh... sur le, le, le soin en psychiatrie et  
351 à quoi ça correspond.

352 *f45- Dans cette hétérogénéité, comment ça se passe ? Il y a des tensions ? Des rivalités ?*

353 F 45- Alors, je parlerais pas de rivalité, c'est pas le mot que j'emploierais par contre, on  
354 fait pas les choses de la même façon, c'est-à-dire que ... euh... quelqu'un qui a une  
355 expérience qui a connu l'ancienne psychiatrie entre guillemets parce qu'il l'appelle comme  
356 ça hein qui a connu le changement euh... on va fonctionner différemment avec cette  
357 personne-ci plutôt que si on est trois jeunes diplômés sur le même roulement. Je sais pas si  
358 je suis claire, c'est-à-dire que si on tourne avec euh... la personne dont je parle, l'infirmier  
359 ISP, il y aura une souplesse et un ... comment dire ... c'est pas de la souplesse, c'est le

---

<sup>29</sup> Infirmier de secteur psychiatrique

<sup>30</sup> Infirmière Diplômée d'Etat



360 travail qui va se faire différemment. C'est pas très claire mais ... c'est, c'est difficile à  
361 expliquer.

362 *f 46- Alors, par rapport à la cohésion d'équipe ?*

363 F 46- Ben la cohésion n'est pas remise en cause. Mais, quand on n'est pas d'accord, on en  
364 discute, c'est-à-dire, ça nous arrive parfois de, de pas être d'accord les uns avec les autres.

365 *f 47- Ça vous arrive, vous ?*

366 F 47- Euh... moi, personnellement, c'est rare. Quand ça m'arrive, je le dis. Ça m'est déjà  
367 arrivé.

368 *f 48- Et alors ? Qu'est-ce vous avez ressenti et comment ça s'est passé ?*

369 F 49- Euh... ben ... c'était ... je vais expliquer un petit peu pourquoi. C'était pour la  
370 gestion des cigarettes. Alors euh... j'avais une patiente qui ... qui pleurait, pleurait,  
371 pleurait pour avoir ses cigarettes depuis euh... ça faisait trois quatre heures qu'elle était  
372 insistante au bureau, elle frappait toutes les deux minutes. Et euh... et donc ma collègue  
373 euh... lui répétait sans cesse « non, non, non, tu n'auras pas ta cigarette » et bout d'un  
374 moment, c'est vrai que ... j'ai ouvert la porte, je suis tombée face à cette patiente et je lui  
375 ai dit « écoute, je t'apporte une cigarette, ce sera la seule, mais je t'en apporte une ». Et  
376 donc ma collègue est venue me voir ensuite et on a discuté parce qu'on était pas vraiment  
377 d'accord. Elle m'a dit « ça m'embête que tu lui aies dit oui alors que j'avais dit non  
378 auparavant ». Donc on a eu une discussion autour de ça et on est tombé assez rapidement  
379 d'accord sur le fait que effectivement la cohésion, c'était d'aller dans le même sens, même  
380 si on n'était pas d'accord avec la personne. Mais on a pu en discuter et elle m'a dit « ben,  
381 vu la façon dont tu m'explique cette chose, moi je comprends aussi que tu lui aies dit oui à,  
382 à la patiente ». C'est-à-dire qu'en échangeant, on s'est rendu compte qu'on avait toutes les  
383 deux tort et toutes les deux raison et qu'on aurait juste dû s'accorder avant de ... de se  
384 positionner devant la patiente. La cohésion, c'est ça pour moi. C'est pouvoir échanger et  
385 aller dans le même sens.

386 *f 50- Il peut y avoir des disparités dans l'équipe, mais il n'y aura pas d'incidence dans la*  
387 *prise en charge ?*

388 F 50- Non, il peut y avoir des disparités dans la façon de raisonner mais il faut qu'on aille  
389 dans le même but. Et tant qu'on suit ce ... ce fil-là, on est efficace.

390 *f 51- Vous y arrivez ?*

391 F 51- La plupart du temps, ouais. La plupart du temps ... voilà. Alors, personne n'est  
392 parfait, aucune équipe n'est parfaite. Ça nous arrive de pas être d'accord du tout, oui de ...  
393 d'en débattre justement lors de temps de synthèses ou de transmissions. Mais on trouve  
394 toujours un point ... d'accroche où on va tous vers le même, généralement. On essaie en  
395 tout cas.

396 *f 52- Dans le travail quotidien, est-ce qu'il y a des choses qui vous intéressent beaucoup et*  
397 *d'autres qui vous embêtent, qui vous ennuiant ?*

398 F 52- Alors euh... oui ... il y a forcément des choses qui nous plaisent plus que d'autres.  
399 Euh... moi, dans le travail quotidien, c'est le contact direct au patient que j'apprécie. Et je  
400 trouve qu'il est gaspillé par un ... temps et une énergie qu'on peut pas parfois euh... avec  
401 tout ce qu'il y a un petit peu dans l'ordre de la, de l'administratif, des papiers, de  
402 l'informatique. On passe un temps assez conséquent devant l'ordinateur malgré le fait que  
403 je sois pas très branchée informatique. On n'a pas le choix. Il faut s'adapter hein. C'est ...  
404 c'est comme ça. Mais, moi, ce que j'aime dans notre métier, c'est vraiment le contact

405 direct au patient, le temps d'entretien euh garder ces temps-là parce que c'est primordial et  
406 parce que on est quand même là à la base pour travailler avec l'humain et pas à  
407 l'ordinateur.

408 *f 53- Vous arrivez à vous détacher de l'ordinateur ?*

409 F 53- Ça nous arrive, oui. On essaie. Oui, moi j'essaie ouais, ouais, c'est-à-dire de, parfois  
410 de délaissier un peu l'ordinateur au ... enfin, pour la prise en charge des patients.

411 *f54- Quelle est votre marge de manœuvre, c'est-à-dire votre possibilité de pouvoir prendre*  
412 *des initiatives pour effectuer ce que vous aimez faire ?*

413 F 54- La marge de manœuvre ... pour prendre l'initiative de faire ... euh... pff... la marge  
414 de manœuvre, ça va être de prioriser, c'est-à-dire qu'est-ce qui est le plus important ? C'est  
415 une question que je me pose souvent. Est-ce que le plus important, c'est que je note toutes  
416 mes constantes sur l'ordinateur ? Ou est-ce que c'est que j'aie faire un entretien avec une  
417 personne qui est en souffrance et qui me le verbalise ? Est-ce que ... voilà. C'est tout un  
418 tas de questions. Est-ce que le plus important c'est de noter toutes ces données ou c'est  
419 d'entendre une souffrance au risque de ne pas l'entendre et de ... casser un lien. C'est un  
420 questionnement que ... euh... que j'ai tous les jours et qui me permet d'avancer en ... me  
421 déculpabilisant.

422 *f 55- Alors quelle décision vous prenez dans ces cas-là ?*

423 F 55- Ben, voilà, c'est un exemple. C'est de ... voilà, j'ai toute une liste de constante à  
424 noter, ben je me dis « je la noterai plus tard, mais pour l'instant, je suis disponible pour  
425 mon patient et là, je lui accorde un quart d'heure de ma matinée ».

426 *f 56- Vous avez la possibilité de prendre cette initiative dans le fonctionnement de*  
427 *l'équipe ?*

428 F 56- Maintenant, oui. J'ai mis du temps à l'accepter ... que je pouvais pas tout faire.  
429 C'est, c'est compliqué hein euh... de, de se dire « bon, je dois faire ça, mais il faut que je  
430 fasse plutôt ça », c'est-à-dire prioriser. Euh... et d'accepter qu'on n'ait pas le temps de tout  
431 noter et qu'on ait pas le temps d'appeler l'informatique parce que ça fonctionne pas. Euh...  
432 c'est accepter tout ça et se dire qu'on est là pour les patients et pour leur prise en charge,  
433 leur mieux être.

434 *f 57- Alors comment vous faisiez avant et quel était votre ressenti ?*

435 F 57- Avant, j'étais dans une grande frustration ... de pas pouvoir répondre à tout le  
436 monde, de pas pouvoir tout faire dans ma journée parce que euh... on passe quand même  
437 une grande partie de notre temps au téléphone pour prendre des rendez-vous, pour  
438 programmer des ... c'est des choses qu'on est censé faire, ça c'est sûr hein. C'est notre  
439 travail. Mais, je trouve que ça se faisait au détriment des prises en charge c'est-à-dire que  
440 les personnes avaient besoin de parler ou d'être vues en entretien et ... du coup, c'est pas  
441 qu'on leur accordait pas ce temps, c'est qu'on le raccourcissait. Et ... ça me mettait dans  
442 une ... une situation de grande frustration. Cette situation-là, ç'a été dur et j'ai décidé de ne  
443 pas l'accepter et de me dire « ben, on est plutôt là pour que les gens aillent mieux au  
444 détriment de constante qui n'est pas notée ce matin que je noterai en partant cet après  
445 midi ».

446 *f 58- Qu'est-ce qui a fait ce déclic ?*

447 F 58- Le déclic, ç'a été de ... bon je le savais avant, mais de, le déclic ç'a été de me rendre  
448 compte, enfin de bien me mettre en tête qu'on n'est pas tout puissant et qu'on peut pas,  
449 enfin on n'est pas ... on n'est pas des supers héros, avec notre blouse, on peut pas tout faire

450 euh parfaitement parce que ... on est humain. Et euh... que j'avais pas envie d'en souffrir  
451 en rentrant chez moi en me disant « j'ai fait mon travail d'infirmier administratif et cetera  
452 au détriment du travail humain pour lequel je suis là », et qui, pour moi, est le plus  
453 important.

454 *f 59- Est-ce qu'il y a un collègue qui vous a aidée dans ce sens ?*

455 F 59- Certainement oui, certainement, c'est-à-dire que euh... on a échangé justement avec  
456 un collègue autour de ça et lui a connu euh... un système différent où euh... avec des  
457 moyens certainement plus importants c'est-à-dire qu'on était plus nombreux en tant  
458 qu'infirmiers, on avait plus de, de temps à donner à chaque patient du coup. Euh... on a eu  
459 beaucoup de discussions avec cette personne et il m'a ouvert les yeux en me disant  
460 « écoute, euh on est humain, tu travailles avec des êtres humains, il faut être là pour eux.  
461 On n'est pas ici pour remplir des papiers ou pour noter des choses sur un ordinateur  
462 puisqu'on peut aussi échanger entre nous. Nos données ne seront pas perdues ». Et il m'a  
463 déculpabilisée de tout ça. Euh... avant, je paniquais quand j'oubliais de noter une chose  
464 dans l'ordinateur. Maintenant, ben non, je transmets à mes collègues et je le note plus tard  
465 si besoin est.

466 *d 60- Donc aujourd'hui, vous vous sentez parfaitement intégrée au sein de l'équipe ?*

467 F 60- Au sein de l'équipe oui. Oui, oui, oui, tout à fait.

468 *f 61- Comment ça se passe avec les nouveaux qui arrivent, maintenant avec votre recul ?*

469 F 61- Alors avec les nouveaux, euh ben ... moi, ça faisait vraiment pas longtemps que  
470 j'étais là donc c'est un petit peu délicat. Euh... voilà, j'essaie de ... de me dire que il y a  
471 encore un an et demi, j'étais à leur place. J'ai été en difficulté, j'ai eu des questions à poser.  
472 Et euh... je pense que notre rôle, c'est de se rendre disponible et j'essaie de faire ça quand  
473 quelqu'un arrive et connaît pas trop le domaine. On a une collègue qui est arrivée il y a ...  
474 ça fait déjà six ou sept mois, peut-être moins mais qui connaissait pas du tout la  
475 psychiatrie, qui avait un panel de ... qui avait essayé tout un panel de domaines de soins  
476 mais pas la psychiatrie. Et euh... ben voilà, il y a tout un échange à faire autour de ça, des  
477 représentations parce qu'on a chacun les nôtres. Euh... un échange à faire autour du travail  
478 en psychiatrie parce que c'est quand même déstabilisant. C'est moins structuré que dans  
479 d'autres domaines de soins. Et je pense que notre rôle, c'est de mettre à l'aise et je pense,  
480 enfin j'espère arriver à ... faire ça pour les personnes qui arrivent dans notre service, c'est-  
481 à-dire pas les mettre en difficulté, au contraire les mettre à l'aise dans leur euh... dans leur  
482 vie professionnelle quoi.

483 *f 62- Vous auriez aimé que quelqu'un vous mette plus à l'aise lors de votre prise de poste ?*

484 F 62- Non, sincèrement, j'ai pas de chose à redire. Non, j'ai trouvé que j'avais été intégrée  
485 assez facilement et que ... à toutes les questions que j'ai posé, j'ai eu les réponses ...  
486 même à des questions parfois un peu futiles mais ... il n'y a pas eu de jugement en fait. Il  
487 n'y a pas eu de, de regard euh... de regard euh... négatif ou positif. C'était neutre et voilà.  
488 On avançait ensemble et je pense que on devient ce qu'on est par rapport à ce qu'on vit  
489 avec les autres et ce qu'on échange avec eux.

490 *f 63- Qu'est-ce que aimeriez davantage faire dans cette unité avec les patients ? Quels sont*  
491 *vos projets ?*

492 F 63- Alors, mes projets, c'est un peu compliqué puisque je m'en vais euh très bientôt.  
493 Mais ce que j'aurai aimé effectivement dans le service, ça aurait été d'accorder plus de  
494 temps aux entretiens infirmiers. Pouvoir développer ça parce que on n'en fait quand même  
495 pas beaucoup. Même si tout mis bout à bout ce qu'on fait chacun, on en fait euh... quand

496 même pas mal. Mais avoir des temps donnés pour faire des entretiens. Ça j'aurai aimé,  
 497 c'est-à-dire une matinée euh... chacun dans la semaine ou un après midi peut-être réservé  
 498 pour les entretiens avec les patients. Avoir des rendez-vous, des ... parce que je trouve que  
 499 c'est important dans une prise en charge que le patient euh... soit dans le soin et ait un  
 500 entretien qui soit programmé et et cetera. Et ça, c'est quelque chose qu'on n'a pas. Et ça  
 501 m'a manqué.

502 *f 64- Vous avez pu le demander ?*

503 F 64- J'ai pu le demander, oui. Après peut-être ç'a été compliqué de le mettre en place ou  
 504 ç'a été une mauvaise idée pour ... enfin, ça on n'en a pas rediscuté justement en équipe.  
 505 Mais oui, c'est vrai, je l'avais demandé.

506 *f 65- Vous l'avez demandé lors de la réunion de fonctionnement ou à quelqu'un ?*

507 F 65- Je l'ai demandé à quelqu'un. Donc à mon cadre et euh... on en a rediscuté à la  
 508 réunion de service. Mais c'est quelque chose qui a pas abouti pour le moment. Après peut-  
 509 être que c'est en projet et que ça viendra. Ça je sais pas.

510 *f 66- Vous partez, c'est-à-dire ?*

511 F 66- Alors c'est-à-dire que pour des raisons personnelles euh... je, je change de région. Je  
 512 m'en vais en RRR et euh... donc je change de ... de domaine professionnel, toujours en  
 513 psychiatrie mais avec un ... poste qui sera complètement différent. Euh... donc, j'espère  
 514 que ça se passera bien.

515 *f 67- Vous savez votre poste ?*

516 F 67- Oui, c'est un poste d'infirmière dans une UMP, unité médico psychologique, c'est-à-  
 517 dire une unité en binôme infirmier psychiatre qui ... intervient aux Urgences dans un  
 518 hôpital et dans tous les autres services de l'hôpital, et donc qui gère un petit peu les  
 519 hospitalisations, les consultations, les entretiens d'urgence et cetera. C'est la même chose  
 520 qu'une équipe de liaison.

521 *f 68- Donc, ce poste vous satisfait ?*

522 F 68- Ah ... oui. C'est un petit peu intimidant, mais oui ... intimidant parce que très  
 523 nouveau pour le coup. Ça c'est quelque chose que je connais pas du tout. Euh... j'ai connu  
 524 le travail en équipe, là ce sera un travail en binôme, enfin infirmier médecin, ce qui est  
 525 totalement différent. Après, j'espère pouvoir tirer vraiment profit et apprendre beaucoup de  
 526 choses à travers ce poste.

527 *f 69- Vous ferez des entretiens là !*

528 F 69- Oui, entretiens d'accueil, euh... d'accueil, il y aura que ça.

529 *f 70- Vous restez quand même en psychiatrie.*

530 F 70- Oui, ça c'était un choix. J'aurais pas accepté un poste autre.

531 *f 71- Qu'est-ce qui vous ferez quitter la psychiatrie ? Quelles seraient vos limites de*  
 532 *l'inacceptable ?*

533 F 71- L'inacceptable pour moi ce serait ne plus avoir de temps pour le patient. Ce serait  
 534 vraiment euh... le, le, la goutte d'eau. Alors après euh... j'ai compris en un an et demi, là  
 535 c'est très peu de temps, mais qu'on pouvait quand même trouver ce temps et se le garder  
 536 précieusement. Et j'espère pouvoir continuer à faire ça. Sinon, ça aurait pas de sens. A  
 537 mon goût hein, enfin pour moi.

538 *f 72- Là, vous prendriez la décision de quitter la psychiatrie ?*

539 F 72- Certainement oui, pour faire autre chose. Quoi ? Je saurai pas le dire mais  
540 certainement je ferais autre chose si je me retrouvais plus dans ce que je fais.  
541 *f 73- Bien, je vous remercie. Est-ce que voulez rajouter autre chose ?*  
542 F 73- Ben non, j'espère avoir été claire  
543 *f 74- Tout à fait*  
544 F 74- OK, merci  
545

## VIII. 6. Tableaux d'analyse

### VIII. 6. 1. Tableau analyse d'entretien Benoît

N° de lignes	Corpus	Unités de sens	Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
2 à 6	<p><i>b 1- Je vous remercie de m'accorder du temps pour cet entretien. Dans un premier temps, est-ce que vous vous voulez bien vous présenter sur le plan professionnel, sur votre parcours et sur tout autre élément que vous pensez utile de me dire ?</i></p> <p>B 1- D'accord ! Donc euh ... je m'appelle Benoît XXX, diplômé donc euh... diplômé d'Etat infirmier depuis le mois de novembre 2012.</p>	« (...) infirmier depuis le mois de novembre 2012 (...) »	Généralités	Jeune diplômé IDE	Novice
6 à 7	Euh... avant mes études, j'ai fait divers boulots dans le euh... le paramédical, brancardier, ambulancier, ce genre de choses.	« (...) le paramédical, brancardier, ambulancier (...) »		Métiers sur autrui	Engagement dans le prendre soin
7 à 10	Et depuis donc euh... euh... j'ai été embauché comme aide soignant de juillet à novembre à la clinique de AAA et de novembre, décembre donc en tant qu'en infirmier. Donc euh ensuite j'ai, je suis, j'ai atterri au BBB. Euh... où je suis depuis le 07 janvier.	<p>« (...) embauché comme aide soignant de juillet à novembre à la clinique de AAA et de novembre, décembre donc en tant qu'en infirmier (...) »</p> <p>« (...) j'ai atterri au BBB (...) où je suis depuis le 07 janvier (...) »</p>		Rupture	En changeant de lieu, il a changé profondément de fonctionnement
11 à 12	<p><i>b 2- Je peux vous demander votre âge ?</i></p> <p>B 2- Oui, j'ai 29 ans.</p>	« (...) j'ai 29 ans (...) »		Maturité	
13 à 15	<i>b 3- Est-ce que vous voulez-vous bien me parler de votre intégration dans les différents établissements</i>	« (...) Hum, alors l'intégration	L'intégration	Difficultés	Nous sentons une gêne à évoquer ses intégrations

	où vous avez travaillé, à AAA et à BBB ? B 3- Hum, alors l'intégration hum ...	hum ... (...) »			
16 à 19	<i>b 4- L'intégration par rapport à l'accueil, à l'équipe ? L'aide que vous avez pu recevoir ?</i> B 4- AAA, c'était particulier comme j'avais déjà, donc j'y avais fait un stage pendant mes études, en deuxième année. Entre la deuxième et la troisième année, j'y avais été en tant qu'aide soignant également, pendant les deux mois d'été.	« (...) j'y avais fait un stage (...) en deuxième année (...) » « (...) » Entre la deuxième et la troisième année, j'y avais été en tant qu'aide soignant également, pendant les deux mois d'été (...) »	L'aide reçue	Connaissance du lieu	Il signale qu'il connaissait le lieu et le fonctionnement.
19 à 20	Et euh... donc euh... euh... donc	« (...) Et euh... donc euh... euh... donc (...) »	Manque d'accueil	Difficultés	
20	ils ont pas euh jugé nécessaire de m'accueillir	« (...) ils ont pas euh jugé nécessaire de m'accueillir (...) »	Manque d'accueil	Manque de considération	Ils lui ont fait confiance sur sa connaissance du fonctionnement. <b>Confiance réciproque</b>
20	euh... donc en juillet dernier.	« (...) euh... donc (...) »	Manque d'accueil	Difficultés	
20 à 21	Donc en tant que nouveau, comme je connaissais déjà la structure euh... et le personnel.	« (...) je connaissais (...) structure (...) personnel (...) »	Manque d'accueil	Connaissance du lieu	<b>Confiance émancipatrice</b>
21 à 23	Donc, c'est vrai que quand je suis arrivé en tant qu'aide soignant à temps plein, je n'ai pas reçu de euh... à proprement parler de euh... euh... hum... on va dire euh d'accueil de,	« (...) je n'est pas reçu (...) à proprement parler (...) d'accueil (...) »	Manque d'accueil	Manque de considération	<b>Confiance émancipatrice</b>
23 à 24	de nouveau, comme un nouveau quoi.	« (...), de nouveau, comme un nouveau (...) »	Manque d'accueil	Inexpérience	<b>Accompagnement thérapeutique</b>
25 à 29	<i>b 5- Est-ce que cela vous a manqué ?</i>	« (...) je m'entendais (...) quasiment tout le monde (...) très bien entendu	Manque d'accueil	Manque de considération	Parce qu'il le connaissait et que cela s'était bien

	B 5- Non ! Pas du tout parce que euh... je, euh enfin, c'est... c'est spécifiquement à cet endroit, parce que je m'entendais bien avec euh... quasiment tout le monde, je me suis très bien entendu avec euh le personnel. Ils se souvenaient de moi comme, enfin, j'étais un bon souvenir pour eux. Et ... il y avait vraiment pas de souci.	(...) personnel (...) se souvenaient de moi (...) bon souvenir pour eux (...) pas de souci (...) »		tion	passé, l'équipe n'a jugé bon de l'accueillir <b>Confiance émancipatrice</b>
29 à 32	J'ai ... savamment ... qu'il y ait peut-être sur certaines spécificités du métier notamment quand je suis devenu infirmier. Quand je suis passé du stade d'aide soignant à infirmier, dans ... dans la même, dans la même structure.	« (...) suis devenu infirmier (...) passé du stade d'aide soignant à infirmier (...) même structure (...) »	Prise de poste	Rupture	Pour lui il y a un changement de fonction car il y a un changement de statut. Mais dans un fonctionnement institutionnel, tout le monde est moniteur. <b>Logique institutionnelle</b>
32	Il est vrai qu'au début, j'ai ... ressenti euh... en plus	« (...) j'ai ... ressenti euh... (...) »	Responsabilité	Stress	Nous repérons de l'inquiétude à sa prise de poste
32 à 33	j'étais de nuit ... donc de nuit là-bas, c'est un infirmier, deux aides soignants.	« (...) j'étais de nuit ... donc de nuit là-bas, c'est un infirmier, deux aides soignants (...) »	Responsabilité	Stress	Il est le seul infirmier de nuit pour sa prise de poste besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
33 à 35	Et ... je n'ai pas été doublé pour mes premiers jours. Donc, c'est vrai que ... les premiers jours m'ont paru un peu euh... stressants.	« (...) pas doublé (...) premiers jours (...) premiers jours (...) stressants (...) »	Manque d'aide	Stress	Il avait besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
35 à 36	Parce que au début, voilà ... premier boulot d'infirmier, on n'a plus, on n'est plus élève, on n'a plus quelqu'un au dessus pour se couvrir.	« (...) premier boulot d'infirmier (...) plus élève (...) plus quelqu'un (...) pour se couvrir (...) »	Manque d'aide	Rupture Responsabilité	besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
36 à 39	Donc, euh les premières nuits, voilà, j'ai, j'ai, j'ai tendance à ... appeler pas mal de fois le médecin qui était de garde sur les lieux. Bon, il a, il a, il y a	« (...) premières nuits (...) j'ai, j'ai, j'ai tendance à ... appeler pas mal de fois le médecin (...) il a, il a, il y a (...) un petit peu ... démuné (...) »	Responsabilité	Stress Réassurance	Au début, la responsabilité lui semble lourde au point d'appeler plusieurs fois le médecin



	pas eu de souci mais voilà. J'étais un petit peu ... on va dire démuni,				de garde sans qu'il y ait de problème. besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
39 à 42	mais il y avait certains trucs, certaines notions que je ne connaissais pas, que je maîtrisais pas forcément. <i>b 6- Quoi par exemple ?</i> B 6- Ben ... au niveau des médicaments, par exemple,	« (...) certains trucs (...) certaines notions (...) connaissais pas (...) maîtrisais pas (...) au niveau des médicaments (...) »	Responsabilité	Méconnaissance	besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
42 à 43	l'aide soignant, enfin, en tant qu'infirmier,	« (...) aide soignant (...) infirmier (...) »	Prise de poste	Rupture	besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
43 à 44	la nuit, on préparait les médicaments pour soixante patients euh... pour toute la journée, matin, midi, soir et coucher.	« (...) préparait les médicaments (...) soixante patients (...) journée, matin, midi, soir et coucher (...) »	Responsabilité	Charge de travail	<b>Logique d'établissement</b>
44 à 45	Donc euh... et ... j'avais certaines questions par rapport aux traitements, par rapport aux choses comme ça ou	« (...) certaines questions (...) traitements (...) choses comme ça (...) »	Responsabilité	Méconnaissance	<b>Accompagnement maïeutique</b> car des échanges pouvaient lui apporter des réponses.
45 à 49	... les premiers jours, effectivement, j'ai préféré appeler le médecin pour être sûr de ... pour être sûr de moi. ... donc voilà euh... après au niveau de la, au niveau de l'organisation euh... elle-même, ça changeait pas vraiment en tant qu'aide soignant ou en tant qu'infirmier. Donc euh... il y avait pas vraiment de souci ... par rapport à ça.	« (...) les premiers jours (...) appeler le médecin (...) être sûr de (...) être sûr de moi (...) »	Prise de poste	Stress Réassurance	Il avait besoin d'être réassuré lors de sa prise de poste. besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique Logique d'établissement</b>
50 à 54	<i>b 7- Vous avez fait beaucoup de nuit ou c'était juste les premiers jours ?</i>	« (...) juillet à décembre (...) un mois de jour, le reste (...) de nuit (...) remplacement d'arrêt maladie (...) je	Affectation	Remplacement d'infirmiers	Il n'a pas encore d'affectation, donc pas encore de place dans

	<p>B 7- Euh... de juillet à décembre, j'ai fait un mois de jour, le reste, j'étais de nuit.</p> <p><i>b 8- D'accord</i></p> <p>B 8- Voilà. J'étais sur du remplacement d'arrêt maladie donc euh je palliais euh... là où, là où il y avait besoin. C'était souvent la nuit.</p>	palliais (...) où il y avait besoin (...) souvent la nuit (...) »		absents	l'équipe. <b>Logique d'établissement</b>
55 à 66	<p><i>b 9- Concernant la psychiatrie, plus précisément sur la théorie, la clinique, les comportements, vous avez pu avoir de l'aide ?</i></p> <p>B 9- Alors euh... en institution, c'est particulier parce que euh ...</p> <p><i>b 10- En institution ?</i></p> <p>B 10- En clinique institutionnelle ! C'est euh... c'est particulier parce qu'ils ont tendance à ... parce qu'ils ne veulent pas mettre d'étiquette sur les patients et ... l'accès aux dossiers euh ... est assez ... restreint. Déjà en tant qu'élève, il faut avoir un mot signé du médecin pour avoir accès aux dossiers médicaux et seulement concernant les patients que nous avons en charge en tant qu'étudiant. Et en tant que professionnel de santé, en tant qu'infirmier, il faut aussi euh... avoir un accord euh... alors là, c'est un petit peu plus souple, c'est un accord verbal. Mais il faut un accord du médecin pour, pour pouvoir consulter euh... toute l'histoire de la pathologie du malade.</p>	<p>« (...) l'accès aux dossiers (...) restreint (...) déjà en tant qu'élève (...) avoir un mot signé du médecin (...) accès aux dossiers médicaux (...) patients (...) avons en charge en tant qu'étudiant (...) »</p> <p>« (...) professionnel de santé (...) infirmier (...) accord (...) accord verbal (...) »</p> <p>« (...) faut un accord du médecin (...) pour pouvoir consulter (...) toute l'histoire de la pathologie du malade (...) »</p>	<b>L'aide reçue</b>	Manque de considération, de confiance ?	La clinique lui fait confiance pour son travail dans les activités de la vie quotidienne. Mais les médecins ont une confiance très modérée sur l'utilisation des dossiers médicaux. <b>Logique institutionnelle Avec plutôt un fonctionnement de logique d'établissement</b>
66 à 68	<p>Donc euh... comme je disais tout à l'heure euh... il est vrai que euh... qu'en institution ... il y a pas</p>	« (...) pas beaucoup d'apports de connaissances de clinique pure (...) pathologie (...) »	L'aide reçue	Absence d'apprentissage	<b>Accompagnement maïeutique ?</b>

	beaucoup d'apports de connaissances de clinique pure ... en ce qui concerne la pathologie.			théorique	
68 à 70	On prend la personne telle qu'elle est et ... on la prend en charge, bon certes c'est un, c'est une prise en charge individualisée mais pas en fonction de la pathologie.	« (...) personne telle qu'elle est (...) prend en charge (...) prise en charge individualisée mais pas en fonction de la prise en charge (...) »	Prise en charge	Méconnaissance du patient	<b>Accompagnement initiatique</b> car prise en charge un peu dans l'inconnu
71 à 77	<i>b 11- Et dans ces prises en charges individualisées, est-ce que vous avez pu en réaliser ? Et qu'est-ce que cela vous a apporté ?</i> B 11- Oui, j'en ai ... j'en ai fait évidemment. Et euh... ça apporte beaucoup au niveau euh... au niveau du soin relationnel du patient. On va dire, dans la mesure euh... en fait on découvre un petit peu le patient ... avec lui-même, avec, avec le patient et pas au travers d'un dossier. Donc ça apporte beaucoup ... un peu, on va dire euh... entre guillemets improviser la prise en charge.	« (...) j'en a fait (...) ça apporte beaucoup (...) soin relationnel du patient (...) découvre un petit peu le patient (...) pas au travers d'un dossier (...) ça apporte beaucoup (...) improviser la prise en charge (...) »	Prise en charge	Improvisation	<b>Accompagnement initiatique</b>
78 à 80	<i>b 12- Improvisé ? C'est-à-dire ?</i> B 12- Comme on connaît pas la pathologie, et euh ... quand on découvre le patient comme ça, sans connaître la pathologie,	« (...) connaît pas la pathologie (...) » « (...) découvre le patient (...) » « (...) sans connaître la pathologie (...) »	Prise en charge	Méconnaissance de la pathologie Méconnaissance du patient	Il ne connaît pas le patient ni sa pathologie. Il est face à de l'inconnu. <b>Accompagnement initiatique</b>
80 à 81	on est bien obligé de s'adapter à ce patient et ... tout en ne sachant pas sa pathologie ... on a une prise en charge forcément individualisée	« (...) obligé de s'adapter à ce patient (...) en ne sachant pas sa pathologie (...) forcément individualisée (...) »	Marge de manœuvre	Improvisation	<b>Accompagnement initiatique</b>
81 à 85	mais ... un petit peu euh... comment dirai-je ... je sais pas si vous voyez ce que veut dire, mais un peu	« (...) un peu ... générale ... disons qu'on est, qu'on prend... chaque, chaque patient, chaque patient euh...	Réel de la folie	Difficultés	<b>Confiance d'abandon</b> car méconnaissance du patient et de sa maladie

	... générale ...disons qu'on est, qu'on prend ... chaque, chaque patient, chaque patient euh... un peu, un peu de manière euh... (silence) je trouve pas mes mots. Euh... un peu pareil entre guillemets, voilà.	un peu, un peu de manière euh... (silence) je trouve pas mes mots. Euh... un peu pareil entre guillemets (...) »			
85 à 87	Et après, au fur et à mesure de la prise en charge, au fil des jours etcetera, on a, on amène à individualiser cette prise en charge ... puisque les attentes euh... du patient sont pas les mêmes.	« (...) Et après, au fur et à mesure de la prise en charge, au fil des jours etcetera (...) »	Prise en charge	Temporalité	<b>Logique institutionnelle</b>
88 à 89	<i>b 13- Est ce que ce genre de prise en charge vous mettait en difficulté ?</i>  B 13- Non ! Moi non ! J'aimais beaucoup justement.	« (...) J'aimais beaucoup justement (...) »	Prise en charge	Plaisir	<b>Logique institutionnelle</b>
90 à 95	<i>b 14- Vous aimiez beaucoup ?</i>  B 14- Ouais ! Parce que effectivement le fait de ne pas coller une étiquette ... ne pas se dire euh... celui-là est schizophrène, il va réagir de telle manière, celui-là est bipolaire, il est en phase maniaque, enfin et cetera ... permet vraiment une prise en charge euh... au jour le jour ... mais enfin, c'est quand même des longs séjours dans ces cliniques ... et d'évoluer lentement mais sûrement dans la prise en charge.	« (...) ne pas coller une étiquette (...) ne pas se dire (...) schizophrène (...) réagir de telle manière (...) bipolaire (...) phase maniaque (...) etcetera (permet vraiment une prise en charge (...) d'évoluer lentement mais sûrement dans la prise en charge (...) »	Prise en charge	Efficacité Clinique institutionnelle	<b>Logique institutionnelle</b>
96 à 102	<i>b 15- Alors quel genre de prise en charge ... que vous aviez improvisée ?</i>  B 15- Euh, alors euh... un exemple euh... on avait un patient qui, par exemple qui était extrêmement		Prise en charge	Clinique institutionnelle	Il y a une confiance mutuelle entre les moniteurs et cela permet la prise d'initiative. <b>Logique institutionnelle</b> <b>Confiance réciproque</b>

	dépressif ... et qui selon les jours acceptait ou non de venir manger avec les autres ... ou des fois, il ne voulait absolument pas sortir de sa chambre et ... donc là c'était euh... ça pouvait aller en fait euh... juste d'un accompagnement à la salle à manger ... à devoir le faire manger vraiment ... lui mettre la nourriture dans, dans la bouche dans sa chambre, pour le faire manger. Donc un écart de comportement assez ...				
103 à 107	<i>b 16- Vous pouviez prendre l'initiative ?</i> B16- Oui ! Oui, oui ! C'est, c'est assez libre ... comme dans ces cliniques, on est ... tous moniteurs ... aussi bien les aides soignants, les infirmiers, les ... ergothérapeutes, les ... enfin, les psychologues aussi. Donc c'est à l'initiative de chacun de prendre avec un minimum de ... hum ... de	« (...) assez libre (...) c'est à l'initiative de chacun (...) »	Prise en charge	Marge de manœuvre	<b>Logique institutionnelle</b> <b>Confiance réciproque</b>
107 à 108	... enfin, on en parle en équipe au minimum avant, quand même,	« (...) on en parle en équipe au minimum avant (...) »	Prise en charge	Travail d'équipe	<b>Logique institutionnelle</b> <b>Confiance réciproque</b>
108	mais souvent l'initiative est prise ... individuellement.	« (...) mais souvent à l'initiative de chacun (...) »	Prise en charge	Marge de manœuvre	<b>Logique institutionnelle</b> <b>Confiance réciproque</b>
109 à 113	<i>b 17- Vous en parliez en équipe, c'est-à-dire ?</i> B 17- Ben, c'est-à-dire que quelqu'un, pour ce patient-là, par exemple un ...un moniteur venait me voir en disant : « il est pas bien, il va manger dans la chambre » donc je vais prendre l'initiative d'aller chercher le plateau et d'aller le faire manger moi-même. En général voilà !	« (...) je vais prendre l'initiative (...) le faire manger moi-même (...) en général (...) »	Prise en charge	Marge de manœuvre	Si un moniteur préconise une prise en charge, grâce à la confiance mutuelle, un autre moniteur peut le faire à sa place. <b>Logique institutionnelle</b> <b>Confiance réciproque</b>

113	Soit on était tous d'accord, OK, voilà.	« (...) tous d'accord, OK (...) »	Prise en charge	Travail d'équipe	
114 à 119	<i>b 18- Et après, vous en reparliez ensemble ?</i> B 18- Oui ! Notamment lors des transmissions évidemment ou ... voilà, remettre un petit peu en question si ... on voyait si ce genre d'événement se reproduisait de plus en plus, peut-être envisager un changement de prise de charge, peut-être ... l'obliger peut-être à sortir un petit peu plus de sa chambre ... ce genre de chose ... pour ce patient-là, par exemple.	« (...) transmissions (...) » « (...) remettre (...) en question (...) envisager un changement de prise en charge (...) »	Temps de réunion	Evaluation de prises en charge	Ils évaluaient en équipe la prise en charge. <b>Confiance réciproque</b> <b>Accompagnement</b> <b>maïeutique</b>
120 à 127	<i>b 19- Et dans les situations de crise, dans les situations compliquées ?</i> B 19- Ben en fait, il y a en a très peu dans ces ... comme c'est des ... patients, les patients acceptés en institution, c'est quand même des patients stables ... pour la plupart ... il n'y a pas de chambre d'isolement par exemple dans l'institution. Les chambres, tout est ouvert, il y a pas de ... enfin, tout est ouvert, les salles de soins sont fermées évidemment quand il y a pas d'infirmier à l'intérieur ... mais euh... les, les crises sont vraiment, les crises, enfin les peu de crises que j'ai pu avoir, ont rien à voir avec celles que je vois au BBB où je n'ai jamais eu en clinique à maîtriser physiquement quelqu'un. Que ce soit à CCC ou à AAA.	« (...) pas de chambre d'isolement (...) tout est ouvert (...) ouvert (...) les peu de crises que j'ai pu avoir, ont rien à voir avec celles que je vois au BBB (...) »	Situations de crise	Rupture avec l'hôpital	Il évoque une rupture entre le comportement des patients dans la clinique institutionnelle et ceux de sa nouvelle unité hospitalière où il est amené à maîtriser physiquement <b>Logique institutionnelle</b>
128 à 131	La plupart du temps, c'est résolu euh... on raccompagne le patient dans sa chambre euh... pas physiquement, il y va de lui-même et euh... s'en	« (...) je n'ai jamais eu en clinique à maîtriser physiquement quelqu'un (...) c'est résolu (...) pas physiquement	Situations de crise	Absence de maîtrise physique	Il n'a pas été contraint d'utiliser la force physique dans la clinique

	suit un entretien avec lui euh dans sa chambre pour, pour l'isoler un petit peu des autres, et puis le calmer et puis pour comprendre un petit peu la raison de cette crise.	(...) »			<b>Logique institutionnelle</b>
131 à 132	Donc une prise en charge assez différente ... de la psychiatrie, entre guillemets, hospitalière.	« (...) prise en charge assez différente (...) psychiatrie (...) hospitalière (...) »	Prise en charge	Rupture avec l'hôpital	<b>Logique d'établissement</b>
133 à 137	<i>b 20- Comment avez-vous été accueilli dans cette psychiatrie hospitalière entre guillemets ? Pouvez-vous m'en dire quelques mots, de votre prise en charge ?</i>  B 20- Alors, ben j'ai été ...tout d'abord été euh... bon je m'y attendais à ce que le, le travail ne soit, soit différent. La prise en charge des patients etcetera soit totalement différente d'en institution	« (...) travail (...) différent (...) prise en charge des patients etcetera (...) totalement différente d'en institution (...) »	<b>Intégration à l'hôpital</b> Prise en charge	Rupture avec la clinique institutionnelle	La deuxième question est très mal formulée car il y a confusion pour ce qui est de la prise en charge : la sienne envers les patients ? ou celle de l'équipe envers lui ?
137 à 138	... euh... en toute objectivité, je dirais que euh... euh... hum... je suis jeune diplômé, je n'ai, j'ai pas beaucoup d'expérience en psychiatrie euh fermée		Prise de poste	Inexpérience	
139 à 141	... et euh... à ce niveau-là euh... je n'ai, je pense, je n'ai pas été totalement ...on m'a pas expliqué euh... enfin, aux premiers abords, les, les ... les manières de travailler dans ce genre de ... d'établissement.	« (...) à ce niveau-là (...) pas été totalement (...) pas expliqué (...) premiers abords (...) manières de travailler (...) ce genre d'établissement (...) »	Prise de poste	Absence d'aide	besoin <b>d'un accompagnement thérapeutique</b>
142 à 145	<i>b 21- Qu'est-ce que vous auriez souhaité ?</i>  B 21- Euh ... ben plus de ... j'ai un collègue ... qui lui prenait le temps, qui prend le temps de ... à chaque fois qu'il entreprenait quelque chose ... me, me demandait si je l'avais fait et si je l'avais pas fait, il m'expliquait.	« (...) un collègue (...) » « (...) prenait le temps, qui prend le temps (...) à chaque fois (...) » « (...) me demandait (...) m'expliquait (...) »	<b>Aide souhaitée</b>	Aide individuelle Temporalité	<b>Accompagnement maïeutique</b>

145 à 146	Et peut-être plus de ... plus de ... de temps comme ça,	« (...) plus de (...) plus de (...) de temps (...) »	Aide souhaitée	Temporalité	<b>Accompagnement maïeutique</b>
146 à 150	pour ... pour apprendre les différentes ... parce que il y a quand même beaucoup de choses à apprendre ... et ... on en apprend tous les jours et euh... peut-être plus de temps dans l'accompagnement ... vraiment accompagner euh... pas presque, j'ai envie de dire pas tenir par la main, mais vraiment montrer euh... de A à Z toutes les ... tous les protocoles, tous les ...	« (...) apprendre les différentes (...) beaucoup de choses à apprendre (...) en apprend tous les jours (...) plus de temps dans l'accompagnement (...) vraiment accompagner (...) pas presque (...) vraiment montrer (...) de A à Z toutes les (...) tous les protocoles (...) tous les (...) »	Accompagnement	Apprentissages Aide individuelle	Il souhaite qu'on lui montre tous les outils existants, tout ce qui existe « de A à Z » pour qu'il ne soit pas démuné. <b>Logique d'établissement</b> <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance d'abandon</b>
150 à 152	Un exemple concret, par exemple euh... j'ai encore du mal, je l'avoue à ... à déterminer à quel moment ... euh... on arrête les paroles et on passe aux ... actes,	« (...) j'ai encore du mal (...) à déterminer à quel moment (...) on arrête les paroles et on passe aux ... actes (...) »	Prise en charge Situation de crise	Difficultés	Besoin <b>de confiance émancipatrice</b>
152 à 153	c'est-à-dire maîtriser physiquement la personne qui ne veut rien entendre donc qui ne veut pas être raisonnée ...	« (...) maîtriser la personne (...) rien entendre (...) pas être raisonnée (...) »	Prise en charge Situation de crise	Maîtrise physique	Il est en difficulté pour prendre la décision du passage à la contention physique. <b>Logique d'établissement</b>
153 à 154	dans la mesure où, comme je disais, j'ai, j'ai jamais eu à faire ça en institution.	« (...) jamais eu à faire ça en institution (...) »	Prise en charge Situation de crise	Rupture	<b>Logique institutionnelle</b>
154 à 155	A quel moment on, on arrête ... les paroles bon, c'est ... on va dire, c'est peut-être beaucoup de ... d'instinct ou quelque chose comme ça	« (...) A quel moment, on, on, arrête ... les paroles (...) peut-être beaucoup d'instinct (...) »	Prise en charge Situation de crise	Méconnaissance	<b>Confiance émancipatrice</b>
155 à 157	et euh... il vrai que ... pour l'instant, ce, ce n'est pas moi encore qui à chaque fois, je prends pas l'initiative de ... de, de maîtriser physiquement la personne.	« (...) pas moi (...) je prends pas l'initiative (...) maîtriser physiquement la personne (...) »	Marge de manœuvre Situation de crise	Maîtrise physique	Dans une situation de crise, il a peut-être encore un petit espoir d'éviter la contention <b>Confiance émancipatrice</b>



158 à 161	<i>b 22- Avez-vous des temps de réunion en équipe où tout ça pourrait être évoqué ?</i>  B 22- Non, enfin, les transmissions toujours mais euh... les, les propres moments, entre guillemets, internes à l'équipe euh... A part les réunions imposées par le cadre, non. Il y a pas de ...	« (...) les transmissions (...) propres moments (...) internes à l'équipe (...) »	L'expression de son ressenti	Le temps de la relève	<b>Accompagnement maïeutique</b>
161 à 163	mais alors après, il y a beaucoup de mes collègues qui m'ont dit que, il faut pas hésiter à en parler quand on se sent en difficulté sur ... sur tel ou tel euh... sur tel ou tel protocole ou prise en charge ou ...	« (...) beaucoup de mes collègues (...) pas hésiter à en parler quand on se sent en difficulté (...) »	L'expression de son ressenti	Possibilité informelle Non prévu	L'équipe lui laisse la possibilité d'évoquer ses difficultés. Il porte la responsabilité de la confiance que lui porte les autres. <b>Confiance émancipatrice</b>
164 à 167	<i>b 23- Pas hésiter à en parler, mais avez-vous repéré à quel moment vous pouvez en parler ?</i>  B 23- Les moments qu'on peut en parler, c'est quand les ...euh... c'est ... quand je suis avec une seule personne ... en face de moi et c'est entre quatre yeux qu'on en parle	« (...) avec une seule personne ... en face à face (...) entre quatre yeux qu'on en parle (...) »	L'expression de son ressenti	Face à face	Il préfère alors révéler ses difficultés en individuel. <b>Accompagnement maïeutique</b>
167 à 168	quand on a un peu de temps à ... voilà.	« (...) un peu de temps (...) »	Temporalité	Charge de travail	Mais il est tributaire de la charge de travail <b>Logique d'établissement</b>
158 à 169	C'est surtout, c'est des ... c'est des entretiens enfin c'est des ... des dialogues officiels.	« (...) des entretiens (...) dialogues officiels (...) »	L'expression de son ressenti	Face à face informel non prévu	<b>Mode maïeutique</b>
169 à 170	Il n'y a pas de temps vraiment défini pour ce genre de chose	« (...) pas de temps vraiment défini (...) »	Temporalité	Possibilité informelle Non prévu	Il n'y pas de moment défini, organisé pour parler de sa pratique <b>Logique d'établissement</b>
170	et c'est euh... quand on a le temps	« (...) quand on a le temps (...) »	Temporalité	Charge de travail	<b>Logique d'établissement</b>

170 à 171	et quand on se sent d'en parler avec la personne qui est aussi en face de nous parce qu'on a des affinités avec chacun	« (...) on se sent d'en parler (...) personne (...) en face de nous (...) affinités (...) »	L'expression de son ressenti	Affinité	<b>accompagnement maïeutique</b>
171 à 172	et ... on se sent plus à l'aise d'en parler avec certains que d'autres.	« (...) se sent plus à l'aise (...) avec certains que d'autres (...) »	L'expression de son ressenti	Confiance	Il ne livre ses difficultés qu'à la personne en qui il a confiance et qu'il n'en aura de préjudice. <b>accompagnement maïeutique</b> <b>Confiance réciproque</b>
173 à 174	<i>b 24- Est-ce qu'il y a un soignant un peu plus attiré qui vous aide ?</i> B 24- Officiellement non ! Mais officieusement oui !	« (...) Officiellement non ! Mais officieusement oui ! (...) »	L'aide reçue	Officieux Non prévu	<b>Accompagnement maïeutique non formalisé</b>
174 à 175	Il y a un collègue qui me montre davantage de choses, que, que les autres, oui.	« (...) un collègue (...) davantage (...) que les autres (...) »	L'aide reçue	Accompagnement individuel	Démarche volontaire de l'accompagnateur <b>Accompagnement maïeutique</b>
175	Et qui ... d'après ce que j'ai compris,	« (...) d'après ce que j'ai compris (...) »	L'aide reçue	Officieux Non prévu	Rien n'est formalisé, il le perçoit
175 à 177	fait aussi, enfin il a tendance à prendre beaucoup de temps pour, pour euh pour apprendre. C'est quelqu'un qui aime beaucoup apprendre, enfin, faire apprendre, transmettre voilà.	« (...) prendre de temps (...) aime beaucoup (...) faire apprendre (...) transmettre (...) »	L'aide reçue	Le plaisir de l'accompagnateur	L'accompagnateur joue avec Métis et Kairos pour assouvir son plaisir d'accompagner
178 à 183	<i>b 25- Est-ce que c'est un accompagnement entre quatre yeux, comme vous le disiez ? Ou est-ce que c'est un accompagnement dans l'action ?</i> B 25- Euh... c'est plus difficile. Euh, euh... euh, mais euh... tant bien que mal euh certains essaient, oui ... dans le feu de l'action de ... mais c'est quand même beaucoup plus compliqué. Il faut, il faut réagir souvent le plus rapidement possible, dans l'immédiateté. Donc c'est souvent plus difficile.(...) »	« (...) Euh... c'est plus difficile. Euh, euh... euh, mais euh... tant bien que mal euh certains essaient, oui ... dans le feu de l'action de ... mais c'est quand même beaucoup plus compliqué. Il faut, il faut réagir souvent le plus rapidement possible, dans l'immédiateté. Donc c'est souvent plus difficile.(...) »	Accompagnement dans l'action La crise	Difficultés	Il associe le mot action à une situation difficile ou de crise ou peut-être simplement au Réel de la folie. Cela se traduit notamment par toutes les hésitations. <b>Accompagnement initiatique</b>

	dans l'immédiateté. Donc c'est souvent plus difficile.				
183 à 186	Par contre... euh... je reprends l'exemple de quelqu'un qui est maîtrisé physiquement ... euh... que j'ai pas pris l'initiative assez tôt de, de, de ... d'essayer de la maîtriser physiquement ou que je l'ai pas que j'ai pas pris une bonne prise et cetera.	« (...) reprends l'exemple (...) maîtrisé physiquement (...) maîtriser physiquement (...) pas pris une bonne prise (...) »	La crise Maîtrise physique	Le temps de l'action	Il associe la crise à l'intervention physique et donc l'action lui empêche d'avoir un recul sur la situation. <b>Logique d'établissement</b>
186	Dans le feu de l'action, on ... on le ... on n'en dit pas,	« (...) Dans le feu de l'action (...) on n'en dit pas (...) »	!	!	Phrase qui suppose une ambiguïté : n'y aurait-il aucune verbalisation envers le patient sur ce qui lui est fait ? Nous prêtons l'intention à Benoît d'évoquer uniquement l'aide à son égard.
186 à 189	Dans le feu de l'action, on ... on le ... on n'en dit pas, mais après, une fois que la crise est résolue, on en parle. Justement, en disant « tiens, t'as, t'as pas pris le bras comme il faut, il a pu se libérer donc euh il fallait mieux le maîtriser ou ... t'as pas assez, t'as pas réagi assez rapidement » ou ce genre de chose.	« (...) Dans le feu de l'action (...) on n'en dit pas (...) une fois que la crise est résolue, on en parle (...) le bras (...) se libérer (...) le maîtriser (...) réagi (...) ce genre de chose (...) »	La crise Maîtrise physique	Le temps de la parole	Le débriefing sur la gestion de la crise est dirigé sur les techniques de maîtrises corporelles. Il nous dit que la crise d'un patient se gère par la maîtrise de son corps. Ce temps de paroles n'est utilisé pour évoquer son ressenti mais pour améliorer ses techniques de contention. <b>Accompagnement maïeutique</b>
190 à 193	<i>b 26- Vous en parlez plutôt entre vous ou en équipe ?</i>  B 26- C'est plus entre nous qu'en équipe. Pas en ... quand ... quand il y a un changement d'équipe ou	« (...) entre nous (...) Pas (...) changement d'équipe (...) six ou huit infirmiers (...) pas encore vu (...) »	L'aide reçue	Face à face	<b>Accompagnement maïeutique</b>

	des choses comme ça où on se retrouve à ... six ou huit infirmiers, là c'est ... c'est très rare, enfin j'ai pas encore vu.				
194 à 200	<p><i>b 27- Vous êtes seul à débiter ou vous avez d'autres collègues débutants ?</i></p> <p>B 27- J'ai une collègue qui a ... qui a, qui a débuté trois semaines avant moi euh vers la mi-décembre.</p> <p><i>b 28- Et vous avez pu discuter avec elle de</i></p> <p>B 28- Oui ! Je discute aussi beaucoup avec elle, comme elle débute aussi de, de nos ressentis, de ... de ... de notre euh... de la manière qu'on a été accueilli et intégré à l'équipe</p>	« (...) une collègue (...) trois semaines avant moi (...) discute aussi beaucoup avec elle (...) débute aussi (...) nos ressentis (...) manière qu'on a été accueilli et intégré à l'équipe (...) »	Collègues inexpérimentés	Evocation de son ressenti	Il lui ai plus facile de parler de son ressenti avec quelqu'un qui partage sa situation. <b>Confiance réciproque</b>
200 à 205	<p>et euh... ben ça nous rassure de voir qu'on est à peu près d'accord sur pas mal de choses ... sur la façon de ... sur la manière d'accueillir au, au BBB et ... sur les prises en charge et cetera.</p> <p><i>b 29- C'est-à-dire ?</i></p> <p>B 29- C'est-à-dire qu'on, qu'on est d'accord sur les personnes qui aident beaucoup euh... les nouveaux arrivants, les stagiaires et cetera</p>	« (...) rassure (...) d'accord sur pas mal de choses (...) d'accueillir (...) prises en charges (...) d'accord sur les personnes qui aident beaucoup (...) »	Collègues inexpérimentés	Ressenti partagé	Il confirme que l'aide apportée aux nouveaux ne repose que sur le volontariat d'infirmiers et que rien n'est structuré. L'aide est informelle <b>Confiance réciproque</b>
205 à 207	et les personnes qui aident moins et qui ... ou avec lesquelles c'est un peu plus compliqué quand on est nouveau et qu'on sait pas forcément ... comment se passe les choses.	« (...) personnes qui aident moins (...) plus compliqué quand (...) nouveau et (...) sais pas (...) »	L'aide reçue	Manque de considération	Son avis sur le manque de considération est partagé <b>Confiance réciproque</b>
208 à 210	<p><i>b 30- Qu'est-ce que vous auriez souhaité pour votre accueil, dans cette unité ?</i></p> <p>B 30- Plus de ... peut-être plus de ... de conciliation. Je sais pas si c'est le mot juste, mais</p>	« (...) conciliation (...) tolérance (...) tolérance (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Tolérance	<b>Accompagnement thérapeutique</b>

	enfin de, de, de tolérance ... oui c'est ça, de tolérance envers, envers les,				
210 à 216	je trouve de manière général plus de tolérance envers les, les gens qui ont une certaine expérience de ...euh... de, de ... du travail d'infirmier et qui n'ont pas forcément la même mais qui euh que les autres et qui euh, je veux dire, c'est qu'il y en a qui, qui ... il y a des gens qui sont arrivés en tant qu'infirmier, qui ont fait leur stage DE dans ... dans ce service-là et ... hum et d'autres comme moi ou comme ma collègue qui n'avait aucune euh ... aucune euh... aucune expérience en psychiatrie fermée	« (...) je trouve (...) plus de tolérance envers (...) une certaine expérience (...) du travail infirmier (...) ont fait leur stage DE dans ce service-là (...) »  « (...) et d'autres comme moi ou comme ma collègue (...) aucune expérience en psychiatrie fermée (...) »	L'aide reçue	Connaissance Du lieu, du fonctionnement, de l'équipe	Il déplore la différence faite avec les nouveaux qui ont déjà effectué un stage dans ce lieu. Ils connaissent ainsi, le service et l'équipe. <b>Davantage d'accompagnement thérapeutique</b>
216 à 217	et l'accueil est, est le même, j'ai l'impression que l'accueil est le même pour les, pour les deux	« (...) accueil est le même (...) pour les deux	L'aide reçue	uniformité	Il pense que l'équipe les assimile aux autres nouveaux collègues. Elle ne prend pas en compte leurs différences. <b>Logique d'établissement</b>
217 à 219	et peut-être euh... oui je souhaiterais un peu plus de tolérance de la part de certains en ce qui concerne les nouveaux et ceux qui n'ont pas d'expérience de ce genre de, de service.	« (...) tolérance (...) en ce qui concerne nouveaux et ceux qui n'ont d'expérience de ce genre (...) service (...) »	L'aide souhaitée	Considération de la singularité de la personne	Une prise en charge personnalisée pour chaque nouveau <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance</b> <b>émancipatrice</b>
220 à 223	<i>b 31- Tolérance ? Ou prendre un peu plus soin de vous ?</i>  B 31- (silence) (il boit son verre d'eau) En fait, c'est un peu lié, parce que souvent euh... euh... le manque de tolérance va avec euh ... le manque de ... enfin de ... le manque d'accueil ... des	« (...) le manque de tolérance (...) manque d'accueil (...) »	Manque d'accueil	Manque de considération	Il temporise pour mieux contenir ses émotions par rapport à l'accueil reçu. Nous réorientons l'entretien vers la spécificité de la psychiatrie <b>Accompagnement</b>

	nouveaux.				<b>thérapeutique</b> de notre part
224 à 225	<i>b 32- Par rapport à la confrontation avec la psychose, la folie, comment ça s'est passé ?</i> B 32- Hum... je ... alors, j'ai pas été hum... euh ...	« (...) Hum... je ... alors, j'ai pas été hum... euh ... (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Malaise	Les hésitations expriment un certain malaise
225 à 227	je m'attendais un petit peu à ce genre de ... de pathologies, les pathologies que je connaissais d'avant ... un petit peu quand même.	« (...) ce genre de ... de pathologies, les pathologies (...) connaissais d'avant (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Pathologies en clinique institutionnelle	Il évoque la pathologie psychiatrique avec le côté déroutant, impressionnant qu'il a pu rencontrer en clinique institutionnelle
227	Mais que je ne connaissais pas euh...le ... comme à BBB,	« (...) Mais que je ne connaissais pas euh... le ... comme à BBB, (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Rupture avec aujourd'hui	Un changement radical est exprimé
227 à 229	c'est-à-dire ... en ...en explosion enfin euh... à leur summum de leur pathologie. C'est-à-dire c'est des patients qui sont pas stables pour la plupart, ...	« (...) c'est-à-dire ... en ...en explosion enfin euh... à leur summum de leur pathologie. (...) pas stable (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	La crise	Dans sa nouvelle unité, il associe la maladie psychiatrique aux situations de crise <b>Logique d'établissement</b>
229	qui sont, qui, qui sont victimes de beaucoup de crises	« (...) victimes de beaucoup de crises (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	La crise <i>Pharmaka</i>	Il est intéressant de relever le fait qu'il emploie le mot « victimes » signifiant que les patients subissent les crises ... de qui ? du fonctionnement de l'unité ? de la logique d'établissement ? <b>Logique d'établissement</b>
230 à 234	et c'est vrai que ça, je ne connaissais pas ... cette facette de la maladie psychiatrique. <i>b 33- Et alors ?</i> B 33- (il boit un verre d'eau) Excusez-moi. Je trouve ça très intéressant euh... voilà, je découvre	« (...) connaissais pas (...) facette de la maladie psychiatrique (...) » « (...) très intéressant (...) je découvre une nouvelle facette (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Rupture Découverte	Il semble qu'il prenne conscience de quelque chose. Il tempore une nouvelle fois. Tout en parlant, il découvre le côté <i>pharmakon</i> de son unité. Nous pourrions même

	une nouvelle facette comme je dis ... donc euh... là dessus je me sens pas plus mal à l'aise que les autres facettes de la maladie ...				déceler une certaine ironie.
234 à 236	c'est juste, je pense que c'est un petit peu plus difficile euh... aux premiers abords à ... à maîtriser, à prendre en charge ... cette facette.	« (...) plus difficile (...) à maîtriser, à prendre en charge ... cette facette (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Maîtrise physique	Lui aussi est victime en contraignant physiquement le patient
237 à 240	<i>b 34- Et alors, quelle aide vous souhaiteriez pour améliorer cette prise en charge ?</i>  B34- Ben hum... donc je devais faire une formation et je pense qu'elle m'aurait beaucoup apportée ... j'ai mal, elle a été annulée au dernier moment pour remplacer un arrêt maladie malheureusement.	« (...) devais faire une formation (...) m'aurait beaucoup apportée (...) j'ai mal (...) annulée au dernier moment pour remplacer (...) malheureusement (...) »	<b>Aide souhaitée</b> Formation	Déception	Il regrette de n'avoir pas pu suivre une formation prévue pour raison de service. A noter, la lecture de ses propos souligne, peut-être, insidieusement une souffrance : « j'ai mal » <b>Logique d'établissement</b>
240 à 249	Mais donc euh... ma collègue qui était nouvelle, elle aussi, a pu la faire. Elle a dit que c'était très intéressant pour euh... c'était une formation pour les, les connaissances cliniques en psychiatrie, les connaissances théoriques ... <i>b 35- La consolidation des savoirs</i>  B 35- Voilà ! Euh... elle a dit que c'était quand même très, très intéressant ... et qu'on voyait un petit peu euh... les patients et leur pathologie euh... avec un peu plus euh... avec plus de connaissances, donc plus de recul et euh... c'était du coup, un petit peu plus euh... un petit peu plus facile. Donc ouais, je ...je, je souhaite effectivement faire cette formation ... parce que je pense que ce serait ... ben très, très bien au niveau euh... prise en charge des patients.	« (...) très intéressant (...) connaissances cliniques (...) théoriques (...) très intéressant (...) patients et leurs pathologie (...) connaissances (...) plus de recul (...) plus facile (...) je souhaite faire effectivement cette formation (...) prise en charge des patients (...) »	<b>Aide souhaitée</b>	Formation : La consolidation des savoirs	Il souhaite obtenir des acquisitions sur les pathologies et la symptomatologie qui l'aiderait dans ses prises en charge et dans son travail au quotidien. <b>Logique d'établissement</b>

250 à 257	<p><i>b 36- Au niveau de l'équipe là où vous travailliez auparavant, comment avez-vous vécu le fait d'être seul ? Est-ce que c'était une lourde responsabilité ? Est-ce que vous vous sentiez à la hauteur ?</i></p> <p>B 36- Alors, j'ai eu pendant les trois ans d'études, j'ai eu euh... on parlait beaucoup avec mes ... mes collègues étudiants. Dès la première journée, on se retrouve responsable du service, quel que soit le service où on soit sans ... plus en tant qu'étudiant mais en tant que professionnel. Euh... effectivement la première, les premières journées sont assez stressantes parce qu'on se pose plein de questions, est-ce que je vais y arriver et cetera ?</p>	« (...) dès la première journée (...) responsable du service (...) plus en tant qu'étudiant mais en tant que professionnel (...) premières journées (...) stressantes (...) plein de questions (...) »	Responsabilité	Stress	<p>Nous revenons sur le ressenti de son intégration dans la clinique institutionnelle</p> <p><b>Besoin d'un accompagnement thérapeutique et d'une confiance émancipatrice</b></p>
258 à 264	<p>Mais effectivement, dans le ... dans le euh... dans le lieu où j'étais, comme j'étais déjà ... intégré quelque peu en tant qu'aide soignant et en tant qu'étudiant et ... que les gens enfin les, les collègues avaient effectivement confiance en moi ... et connaissaient mes capacités ... professionnelles et personnelles ... ça rassure beaucoup ... effectivement. Comme je pense que les, les gens qui sont passés, qui sont venus en stages à BBB et qui maintenant travaillent, c'est plus, plus facile pour eux de ... d'avoir la confiance de leurs collègues comme dans tout service, je pense.</p>	« (...) lieu (...) intégré (...) aide soignant (...) étudiant (...) collègues (...) confiance en moi (...) capacités ... professionnelles et personnelles (...) rassure (...) les gens qui sont passés, qui sont venus en stages à BBB et qui maintenant travaillent (...) plus facile pour eux (...) d'avoir la confiance de leurs collègues (...) »	Connaissance du lieu, du fonctionnement, de l'équipe	confiance	<p>Nous percevons que la connaissance mutuelle de chacun induit également que chacun a fait ses preuves. Les autres lui font confiance. Une confiance réciproque peut s'établir.</p> <p><b>Confiance réciproque</b></p>
265 à 269	<p><i>b 37- Avez-vous confiance en vous ? Et avez-vous confiance en vos collègues en cas de besoin ?</i></p> <p>B 37- Ben alors la confiance en moi ...euh... ça c'est un problème inhérent euh... je l'ai euh... je</p>	« (...) confiance en moi (...) pas beaucoup (...) »	<b>La confiance</b>	Confiance en soi	<p>Benoît commence à parler de lui. Nous l'arrêtons immédiatement pour l'orienter vers le côté professionnel.</p>



	l'ai, j'en ai pas beaucoup <i>b 38- Sur le plan professionnel !</i>				<b>Accompagnement thérapeutique</b> car nous prenons soin de lui
270 à 272	B 38- Alors sur le plan professionnel, non. Alors là, ça va ! C'est quelque chose que j'ai beaucoup travaillé au cours de mes ... mes études d'infirmier. Et je connais mes capacités et, et ... et là-dessus je sais, je sais de quoi je suis capable et ... et j'ai confiance en moi,	« (...) plan professionnel (...) ça va (...) beaucoup travaillé (...) connais mes capacités (...) je sais, je sais de quoi je suis capable (...) confiance en moi (...) »	La confiance en soi	Capacités	Confiance en lui
272 à 277	et j'ai, et j'ai tendance euh... euh à faire confiance aux autres ... souvent à raison parfois, parfois à tort, mais effectivement j'ai tendance parfois à accorder facilement la confiance aux autres membres de l'équipe. Je les vois comme des professionnels comme moi et ... donc euh là-dessus, c'est quelque chose ... peut-être que des fois, je fais trop, trop, trop vite ou trop facilement, mais ... c'est dans ma nature.	« (...) tendance (...) faire confiance (...) souvent à raison (...) parfois à tort (...) accorder facilement la confiance (...) des professionnels comme moi (...) trop, trop, trop vite ou trop facilement (...) »	La confiance aux autres	Confiance abandon ?	Il reconnaît faire trop vite confiance aux autres parce qu'ils les considèrent comme lui. Confiance naïve ? ou confiance abandon ? car il est conscient de son inexpérience. <b>Confiance abandon</b>
278 à 281	<i>b 39- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?</i> B 39- Que ... ben que parfois on est, on est déçu par les ... par les gens à qui on fait confiance tout simplement. <i>b 40- Sur le plan professionnel, ça vous est déjà arrivé ?</i>	« (...) déçu (...) par les gens à qui on fait confiance (...) »	La confiance aux autres	Déception	Nous le ramenons dans le champ professionnel <b>Accompagnement thérapeutique</b> car nous prenons soin de lui
282 à 285	B 40- Sur le plan professionnel non ! Euh... en tant que stagiaire euh peut-être oui ! Dans certains lieux de stage où ... où ... j'ai été déçu par certaines personnes en qui je pensais avoir confiance et que ça s'est mal terminé mais ... depuis que je suis diplômé, en tout cas, non, non, ça, c'est pas encore	« (...) plan professionnel non (...) stagiaire (...) oui (...) lieux de stage (...) déçu par certaines personnes (...) pensais avoir confiance (...) s'est mal terminé (...) depuis (...) diplômé (...) pas encore arrivé (...) »	Confiance aux autres	Déception	Il semble avoir une expérience douloureuse. Nous préférons rester sur le côté positif actuel. Il n'est pas déçu de la confiance qu'il donne au collègue qui

	... pas encore arrivé.				l'accompagne. <b>Confiance réciproque</b>
286 à 293	<p><i>b 41- Quelle marge de manœuvre avez-vous dans votre unité actuelle ? Dans la gestion des crises ? Pour les activités ? Pour le soin ? Comme vous l'aviez dans votre précédente unité.</i></p> <p>B 41- Ah oui ! Euh... elle est certainement plus restreinte ... cette marge de manœuvre. Je l'ai ... heureusement, mais euh...</p> <p><i>b 42- Plus restreinte, c'est-à-dire ?</i></p> <p>B 42- Ben plus restreinte euh... euh ... ça je rejoins un peu ce que je disais euh... je suis nouveau, je viens d'arriver ... euh... les</p>	« (...) certainement plus restreinte (...) plus restreinte (...) suis nouveau, je viens d'arriver (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Restreinte	<p>Il évoque sa marge de manœuvre dans la clinique institutionnelle. Il dit simplement qu'aujourd'hui, elle est plus réduite. Le mot « certainement » implique une hésitation sur sa réelle possibilité d'actions autonome.</p> <p><b>Logique d'établissement</b></p>
293 à 296	... c'est par rapport au fait où, où l'autre lieu de travail où j'étais avant où j'étais stagiaire, ensuite j'étais aide soignant, ensuite j'étais infirmier où, où la confiance a eu le temps de s'installer quand même au cours du stage et au cours du ... de, des différentes périodes où j'y ai travaillé	« (...) j'étais stagiaire (...) aide soignant (...) infirmier (...) la confiance a eu le temps de s'installer (...) différentes périodes (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Confiance	<p>Il est nécessaire de prendre le temps que la confiance s'installe avant de pouvoir s'émanciper.</p> <p><b>Confiance émancipatrice</b></p>
296 à 300	<p>et euh... je pense aussi que le lieu veut ça !</p> <p><i>b 43- Le lieu ?</i></p> <p>B 43- Le lieu, la, la clinique où j'étais, institutionnelle ... c'est un lieu où ... j'ai, j'ai vécu ça aussi à CCC, où on est vraiment euh... très vite euh... confronté à</p>	« (...) le lieu (...) la clinique (...) institutionnelle (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Le fonctionnement institutionnel	<p>Il évoque le fonctionnement institutionnel</p> <p><b>Logique institutionnelle</b></p>
300 à 305	... lâché, lâché à nous-mêmes, c'est-à-dire livré à nous-mêmes, voilà ... où euh... à CCC, par exemple, le premier jour, on nous présente, vite fait, les lieux ... alors là, il y a telle unité, telle unité	« (...) lâché à nous-mêmes (...) livré à nous-mêmes le premier jour (...) à nous de trouver notre place (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Autonomie	<p>Il est tout de suite mis à l'épreuve de l'inconnu.</p> <p><b>Accompagnement initiatique</b></p> <p>Il évoque une</p>

	... « vous serez affecté à telle unité ...merci, au revoir ». Et dès le premier jour, comme ça on est livré un peu à nous-mêmes ... où c'est à nous de trouver notre place ... parmi l'institution. C'est à nous de nous placer ... dans, dans ... dans ce, dans cet établissement.				émancipation sans préparation préalable. <b>Confiance émancipatrice</b>
306 à 312	<i>b 44- Et ça vous convenait ?</i> B 44- Ben au début, c'est très déroutant ... et ... au final oui. Euh moi, je suis resté deux mois en stage à la clinique de CCC. Je parle de CCC, parce que c'est quand même ... très spécifique même dans l'institution, dans la clinique institutionnelle ... et euh... au bout de deux mois, deux mois, le stage, c'est très court pour CCC ... et au bout de deux mois je commençais vraiment à trouver mes marques ... malheureusement le stage se terminait, mais il faut quand même euh...	« (...) deux mois (...) c'est très court pour CCC (...) commençais (...) à trouver mes marques (...) malheureusement le stage se terminait (...) »	<b>La marge de manoeuvre</b>	Temporalité nécessaire	Il reconnaît cette mise à l'épreuve inconfortable <b>Accompagnement initiatique</b>
312 à 315	alors, c'est très déroutant comme je dis au, au départ mais euh... c'est aussi une très, très bonne manière de ... de découvrir nos capacités dans, dans ce genre de lieu, de découvrir euh qu'est-ce qu'on veut faire dans l'institution, qu'est-ce qu'on peut faire ... et où est-ce qu'on peut ... où est-ce qu'on peut se placer.	« (...) très bonne manière (...) découvrir nos capacités (...) ce qu'on veut faire (...) peut faire (...) »	<b>La marge de manoeuvre</b>	Découverte de son for intérieur	Il reconnaît que ce fonctionnement permet de mieux connaître son for intérieur. <b>Accompagnement initiatique</b>
318 à 324	<i>b 45- Dans ces lieux, lors de ce stage ou dans votre ancienne unité, vous vous sentez épaulé ? Dans ce genre de fonctionnement ?</i> B 45- Euh ... non, pas trop justement. Le revers de la, de la médaille. C'est-à-dire, qu'il y a quand	« (...) pas trop (...) revers de la médaille (...) quand même une commission (...) entre stagiaires (...) on se sert les coudes (...) difficultés (...) pas du tout assimilée à la psychiatrie (...) lâchée (...) difficulté (...) l'avons soutenue (...) »	<b>Aide reçue En clinique institutionnelle</b>	Soutien entre nouveaux	Malgré un accompagnement organisé (présence d'une commission), dans la clinique, les nouveaux (employés et stagiaires) sont laissés en autonomie.

	même euh je parle de CCC, il y a quand même une commission de ... sur les stagiaires, mais c'est souvent entre stagiaires qu'on se ... qu'on se sert les coudes entre guillemets où quand on voit quelqu'un en difficulté, j'ai, j'ai souvenir d'une élève ergothérapeute et qui était pas du tout assimilée à la psychiatrie et qui était lâchée euh, enfin comme tout le monde, dans, dans la clinique de CCC et ... elle était vraiment en difficulté. Et c'est surtout nous, les autres stagiaires, qui l'avons soutenue.				Ils créent alors eux-mêmes leur soutien. <b>Logique institutionnelle</b> <b>Accompagnement</b> <b>initiatique imposé</b> <b>Accompagnement</b> <b>thérapeutique entre eux</b> <b>Confiance</b> <b>abandon</b> <b>entre eux</b>
324 à 326	Donc c'est vraiment que c'est un peu le revers de la médaille dans ce genre d'établissement ... où contrairement à ... où à mon nouveau service ...	(...) revers de la médaille (...) ce genre d'établissement (...) »	Comparai- son avec sa nouvelle unité	Rupture	Il regrette le manque d'aide mais il continue d'affirmer une rupture avec sa nouvelle unité.
326 à 328	où on est euh beaucoup moins euh... on est beaucoup plus restreint au niveau euh... activité. On est dans un poste beaucoup plus précis,	« (...) beaucoup plus restreint (...) activité (...) poste beaucoup plus précis (...) »	Comparai- son avec sa nouvelle unité	Marge de manœuvre	Il laisse entendre qu'il a moins de possibilité d'improviser <b>Logique d'établissement</b>
328	mais on ... on est facilement épaulé par ses collègues.	« (...) facilement épaulé par ses collègues (...) »	Comparai- son avec sa nouvelle unité	Accompa- gnement	Mais il est mieux accompagné. nous savons que c'est en individuel et en dehors de l'action <b>Accompagnement</b> <b>maïeutique</b>
329 à 331	<i>b 46- Et là, qu'est-ce que vous avez pu mettre en place par vous-même ? Comme activité ?</i>  B 46- Euh, non pas encore ! J'ai quelques projets en ... en tête, mais, mais euh... je m'adonne à vraiment être intégré à tous les, les fonctionnements du service.	« (...) non pas encore (...) projets (...) en tête (...) mais (...) je m'adonne à vraiment être intégré à tous (...) les fonctionnements du service (...) »	Marge de manoeuvre	Intégration Connais- sance du service Confiance	Il ne s'autorise pas à prendre une initiative tant qu'il ne sera pas intégré totalement au service. Soit il veut d'abord tout connaître sur le fonctionnement du service avant de prendre une initiative soit il attend

					d'obtenir la confiance du service pour prendre des initiatives. Comment faire ses preuves ? <b>Logique d'établissement</b> <b>Confiance réciproque</b>
332 à 334	<i>b 47- Est-ce que vous avez certaines responsabilités, actuellement dans l'organisation ?</i> B 47- Oui ! Oui, euh donc la cadre de santé m'a nommé euh responsable, c'est pas encore officiel, mais je serai amené à être responsable de l'identito-vigilance, voilà.	« (...) la cadre de santé m'a nommé (...) responsable (...) pas encore officiel, mais je serai amené à être responsable de l'identito-vigilance (...) »	Responsabilité	Mission	<b>Logique d'établissement</b> <b>Confiance réciproque</b> La cadre a confiance en lui pour assurer cette tâche et lui il fait tout de suite confiance à l'autre.
335 à 339	<i>b 48- Et alors, comment vous l'avez perçu ça ?</i> B 48- Euh... bah, disons que euh... au début, bon j'ai dit OK, pas de souci et voilà. Après je me suis rendu compte ce que c'était d'être responsable d'un ... d'un ... je vais pas dire d'un pôle, mais bon, de ... enfin d'avoir des responsabilités de ce type comme l'hygiène euh ... ou quelque chose comme ça.	« (...) au début (...) OK (...) Après je me suis rendu compte ce que c'était d'être responsable (...) d'avoir des responsabilités (...) »	Responsabilité	Crainte	Nous percevons une crainte. Il reconnaît l'importance de la mission. Serait-ce plutôt pour accélérer son intégration ? <b>Confiance émancipatrice</b> <b>Logique d'établissement</b>
339	Et au final, j'ai trouvé ça ... très intéressant ...	« (...) très intéressant (...) »	Responsabilité	Plaisir	
339 à 341	et en plus, c'est quelque chose que j'avais déjà travaillé dans mes, dans mes études, donc euh... je peux mettre en place pas mal de choses que j'ai appris euh	« (...) déjà travaillé (...) mes études (...) donc (...) je peux mettre en place pas mal de choses que j'ai appris (...) »	Responsabilité	Mise en application d'un savoir	Par cette mission, il trouve un sens à une partie de ses apprentissages acquis durant sa formation. <b>Confiance réciproque</b>
341 à 344	donc c'est ... pour l'instant j'en suis content. Bon c'est pas encore ... mais euh notamment voilà. Et je suis responsable des, des photos qui doivent être	« (...) content (...) Bon c'est pas encore (...) »	Responsabilité	Plaisir Satisfaction	Il est satisfait de cette mission. Nous pouvons interpréter sa nuance : Soit la mission n'est pas

	prises des patients, faire signer le droit à l'image ...voilà. Ce genre de choses.				encore effective alors qu'elle est très importante, la confiance donnée au cadre est alors en jeu, soit ce n'est qu'un détail par rapport à toutes les acquisitions qu'il pourrait utiliser. <b>Confiance émancipatrice</b>
345 à 347	<i>b 49- Avez-vous d'autres compétences que vous souhaiteriez mettre en place ?</i>  B 49- Ah oui, j'en ai comme euh... c'est vrai qu'en institution, on apporte beaucoup de notre personne, de notre personnalité et donc euh nos loisirs et etcetera.	« (...) en institution, on apporte beaucoup de notre personne, de notre personnalité (...) nos loisirs et etcetera (...) »	<b>Investissement</b> Fonctionnement institutionnel	Implication personnelle	A l'évocation de ses souhaits dans sa nouvelle unité, il renvoie à la clinique. Il dit que dans un fonctionnement institutionnel, le soignant utilise ses capacités et ses valeurs personnelles pour soigner. <b>Logique institutionnelle</b>
347 à 349	A la clinique de AAA, j'avais créé un atelier informatique, par exemple, et j'avais euh... j'avais euh grandement participé euh que ce soit à AAA ou à CCC aux ateliers du sport	« (...) créé un atelier (...) grandement participé (...) »	Fonctionnement institutionnel	Création d'activités	<b>Logique institutionnelle</b>
349 à 351	... j'aime beaucoup faire du sport et j'aime beaucoup ... emmener des patients aux sports et les emmener à l'extérieur ...	« (...) j'aime beaucoup faire du sport et j'aime beaucoup ... emmener des patients aux sports et les emmener à l'extérieur (...) »	Fonctionnement institutionnel	Plaisir	Il prend plaisir à partager ce qu'il aime, à l'utiliser pour le soin. Il insiste sur sa préférence à sortir les patients plutôt que ... les maîtriser physiquement dans une unité fermée... <b>Logique institutionnelle</b>

351	donc euh je sais pas encore comment je peux mettre ça en place.		Fonctionnement institutionnel	Difficultés	Il ne sait pas encore comment contourner le frein du fonctionnement actuel <b>Logique d'établissement</b>
352 à 353	Mais oui, participer à ce genre de ... à des sorties, à des ateliers comme ça sur une journée ou sur une demi-journée, j'aime, j'aime beaucoup.	« (...) oui, participer (...) des sorties (...) ateliers (...) sur une journée ou sur une demi-journée, j'aime, j'aime beaucoup (...) »	Fonctionnement institutionnel	Plaisir	<b>Logique institutionnelle</b>
353 à 354	Là, je, je ... je vais participer à une, une sortie bowling, par exemple ... sur une bonne partie de l'après midi ou de la soirée.	« (...) Là (...) je vais participer (...) sortie bowling (...) »	Fonctionnement institutionnel	Nouvelle unité	Il existe pourtant des sorties dans sa nouvelle unité ... fermée <b>Logique institutionnelle</b>
357 à 360	<i>b 50- Là, vous commencez. Mais est-ce que vous envisagez de faire carrière en psychiatrie ?</i> B 50- Euh, mon projet est de rester en psychiatrie. En tout cas pour le moment. J'ai beaucoup aimé les autres services lors de mes études genre les soins longue durée, les SSR... par exemple. Mais euh... pour l'instant, la psychiatrie reste mon projet principal, qu'elle soit fermée, ouverte ... toute forme de psychiatrie, pédopsychiatrie éventuellement.	« (...) pour l'instant, la psychiatrie reste mon projet principal, quelle soit fermée, ouverte ... toute forme de psychiatrie, pédopsychiatrie éventuellement (...) »	<b>La fidélisation</b>	Projet principal	Actuellement, il envisage de poursuivre sa carrière en psychiatrie.
361 à 368	<i>b 51 Est-ce que vous rencontrez des difficultés dans le fonctionnement ? Dans la prise en charge ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous insupporte ?</i> B 51- Euh... jusqu'à ce que ça m'insupporte non. Parce que j'ai, je suis, je suis une personnalité très calme et j'aime penser être assez patient. Mais euh... c'est vrai que les, pour l'instant, ce qui me met le plus en difficulté c'est les, les crises d'agressivité. Ça c'est quelque chose que ... que	« (...) personnalité calme (...) assez patient (...) difficulté c'est les, les crises d'agressivité. Ça c'est quelque chose que ... que j'avais pas à vivre avant (...) en institution, on résolvait tout par la parole (...) dialogue. Et donc euh effectivement là (...) »	<b>Le point de rupture dans la fidélisation</b>	La crise	Malgré sa patience, les crises le mettent en difficulté. Mais leur gestion lui pose plus de problème car il oppose la contention physique actuelle avec une prise en charge par la parole dans la clinique institutionnelle. Il finit par laisser entrevoir que si

	j'avais pas à vivre avant comme je disais tout à l'heure. Et euh... qu'en institution, on résolvait tout par la parole, par le dialogue. Et donc euh effectivement là ...				cela se prolongeait, cela pourrait être un point de rupture. <b>La logique d'établissement est un point de rupture.</b>
369 à 373	<i>b 52- C'est compliqué de résoudre ces crises-là par la parole, ici ?</i>  B 52- Ben, c'est un peu plus compliqué oui ! On est malheureusement beaucoup plus souvent qu'en institution à ... à arrêter les paroles parce que c'est, c'est inefficace et de passer aux gestes. Et aussi parce que des fois, on est obligé de se défendre ... chose que je ne connaissais pas jusque-là.	« (...) compliqué (...) malheureusement beaucoup plus souvent qu'en institution à ... à arrêter les paroles parce que c'est, c'est inefficace et de passer aux gestes (...) obligé de se défendre (...) connaissais pas jusque-là (...) »	<b>Gérer autrement la crise</b>	Rupture	Dans cette unité, ils essaient pourtant d'apaiser les patients en discutant avec eux. Mais, ils ont fait de la contention physique surtout pour se défendre. Mais les patients les agressent peut-être pour eux-mêmes se protéger. Il a dit précédemment que les patients étaient victimes des crises... <b>Logique d'établissement</b>
373 à 381	Donc euh... j'ai une certaine force physique qui me permet de ... de maîtriser la personne, mais c'est pas pour ça ... c'est pas pour autant que j'éprouve pas de difficultés euh déjà parce que ça me gêne ... c'est, c'est un ... l'isolement par exemple, la chambre d'isolement c'est quelque chose que j'ai eu du mal à hum, à appréhender. De, de reconnaître ça comme un soin, l'isolement, c'est, c'est quelque chose qui a été assez difficile pour moi, au départ. Et effectivement, de voir qu'on est plusieurs, qu'on est parfois euh huit euh sur la personne à devoir maîtriser, c'est ... quelque chose, c'était quelque chose qui était difficile à accepter. Mais pour moi, mais c'était pas non plus insurmontable ... c'est qu'on a du mal à ... à ... à considérer ça comme du	« (...) maîtriser la personne (...) me gêne (...) la chambre d'isolement (...) j'ai eu du mal (...) appréhender (...) de reconnaître ça comme un soin, l'isolement, c'est, c'est quelque chose qui a été assez difficile pour moi, au départ (...) plusieurs (...) huit (...) sur la personne (...) devoir maîtriser (...) difficile à accepter (...) du mal (...) considérer ça comme du soin, en fait (...) »	La maîtrise physique	Non sens dans le soin	Il ne peut pas admettre que la maîtrise physique soit considérée comme un soin. <b>Logique d'établissement</b>



	soin, en fait.				
382 à 390	<p><i>b 53- Vous avez évoqué votre physique qui est imposant. Est-ce qu'on n'est pas en attente de votre physique ?</i></p> <p>B 53- Je pense que euh... avec mon physique oui ... on a ... on a plus d'attente envers moi que ... à ce niveau-là, je parle vraiment de ... la maîtrise de ... que ma collègue qui est arrivée trois semaines avant moi qui, qui est beaucoup ... menue, enfin beaucoup moins forte physiquement. Et euh... bon c'est quelque chose que je vis bien parce que j'ai toujours euh cette apparence donc euh... euh il y a jamais eu de , de souci là-dessus. Après j'ai ... je trouve ça ... enfin ... j'espère ... je pense qu'on ne me voit pas comme que euh... une euh... une masse musculaire prête à ... à maîtriser physiquement quelqu'un.</p>	« (...) mon physique (...) plus d'attente envers moi (...) Après (...) j'espère (...) je pense qu'on ne me voit pas comme (...) masse musculaire (...) à maîtriser physiquement (...) »	Force musculaire	Confiance en jeu	<p>Il conçoit qu'on peut attendre de lui l'utilisation de son physique. L'unité a confiance en lui en cas de besoin. Mais il a confiance qu'on va utiliser ses autres capacités.</p> <p><b>Confiance réciproque</b></p>
393 à 405	<p><i>b 54- Ça vous est arrivé, sur une tranche horaire, d'être avec deux jeunes femmes collègues ?</i></p> <p>B 54- Oui ! Oui, oui, oui. Et ben alors, oui, du coup là euh... j'ai, j'ai tendance à ... à être en première ligne entre guillemets. C'est-à-dire, j'ai encore le cas ... samedi où on a, on a un patient en ce moment qui est, qui peut se montrer très véhément envers les femmes. C'est un patient qui est atteint de démence et qui était manifestement un ... un patriarche, un <i>pater familias</i> dans l'endroit où il vivait et qui, qu'il a malheureusement peu de considération pour les femmes ... et on devait lui faire un soin quelconque, et je suis entré avec ma</p>	« (...) à être en première ligne (...) agression verbale envers (...) ma collègue (...) à m'imposer entre les deux (...) le fais (...) sans trop de souci (...) le coup (...) me fera moins mal (...) qu'à ma collègue (...) »	<p>Féminisation des effectifs soignants</p> <p>Situation compliquée</p>	Prendre ses responsabilités	<p>A la question sur la féminisation des effectifs soignants, il fait immédiatement le lien avec une situation compliquée. Il assume ses responsabilités en protégeant sa collègue.</p> <p><b>accompagnement thérapeutique envers sa collègue</b></p>

	<p>collègue qui fait un mètre soixante cinq donc voilà, qui a une très grosse voix ... qui est ... voilà, et euh... tout de suite, ç'a été l'agression verbale envers cette euh... ma collègue, et euh... il commençait à avoir des gestes un petit peu ... euh un petit peu inquiétants, et dans ces cas-là, oui j'ai tendance à ... à m'interposer entre les deux.</p> <p><i>b 55- C'est compliqué pour vous ?</i></p> <p>B 55- Non ! Je le fais sans, sans trop de souci parce que euh... si le coup part, il me fera moins mal à moi qu'à, qu'à ma collègue.</p>				
406 à 411	<p><i>b 56- Qu'est-ce qui vous ferait quitter la psychiatrie, l'unité ou l'établissement ?</i></p> <p>B 56- Ah ben ce serait euh... la diversité euh... des expériences ... bon parce que je suis passé de ... d'un extrême à l'autre, entre l'institution et le pavillon fermé. Mais euh... enfin, je suis convaincu que ... par exemple ici à DDD ou EEE ou FFF que les prises en charges sont différentes. Donc ce serait vraiment pour diversifier mes expériences et ... et acquérir plus de connaissances ... en psychiatrie.</p>	« (...) diversifier mes expériences (...) acquérir plus de connaissances ... en psychiatrie (...) »	<b>La fidélisation</b> Au service	Diversifier ses expériences	<b>Logique institutionnelle</b> Parce qu'elle s'oppose à la spécialisation
411 à 412	Après quitter la psychiatrie, je pense que ce serait ... plus pour des raisons personnelles, un ... un effet ras le bol par exemple ...	« (...) après quitter la psychiatrie (...) raisons personnelles (...) effet ras le bol (...) »	<b>La fidélisation</b> à la spécialité de la psychiatrie	Saturation	Sa sphère personnelle pourrait le faire quitter la psychiatrie.
413 à 419	<p><i>b 57- Un ras le bol de quoi ?</i></p> <p>B 57- De l'ambiance qu'on peut retrouver dans ...</p>	« (...) l'ambiance (...) pas l'ambiance de l'équipe (...) patients (...) très demandeurs (...) parfois énervant (...) »	Saturation	L'ambiance	Les patients en demande ou plutôt en attente d'activités le feraient

	<p>dans, dans un service de psychiatrie, par exemple. L'ambiance qui est toujours ... je parle pas de l'ambiance de l'équipe mais ... les patients qui sont très demandeurs pour souvent en psychiatrie ... et qui sont parfois énervants, il faut bien le dire et euh... voilà ! Ce sera ce genre de choses qui ... et puis éventuellement diversifier aussi les expériences ... pour, pour sortir de la psychiatrie. Mais, mais euh pour l'instant c'est pas envisagé.</p>	<p>ce genre de choses (...) pour l'instant, c'est pas envisagé (...) »</p>			<p>saturer et donc il finirait par quitter la psychiatrie. <b>Manque de logique institutionnelle</b></p>
	<p><i>b 58- Et l'établissement ?</i></p> <p>B 58- L'établissement, ce serait tout simplement pour des raisons personnelles. Pour un rapprochement, j'ai une demi-heure de route, c'est vrai si je trouve un établissement qui ... qui est à dix minutes, ça peut être intéressant ... également. Après ...</p>	<p>« (...) raisons personnelles (...) un rapprochement (...) demi-heure de route (...) dix minutes, ça peut être intéressant (...) »</p>	<p><b>La fidélisation</b> Au centre hospitalier</p>	<p>La sphère personnelle</p>	
424 à 430	<p><i>b 59- Vous pouvez aussi déménager.</i></p> <p>B 59- C'est vrai, je suis en location, donc je peux tout à fait déménager. Après, je serai dans une maison à acheter ... ou quelque chose comme ça, la question serait peut-être un peu plus compliquée. Mais pour information, j'étais euh... euh je suis à dix minutes de la clinique de DDD, j'ai hésité entre les deux ... j'avais le choix ... j'ai choisi ici. Donc euh ... la distance euh ... je voulais pas plus d'une demi-heure, j'ai une demi-heure, donc voilà.</p>	<p>« (...) location (...) peux tout à fait déménager (...) maison à acheter (...) plus compliquée (...) pour information (...) dix minutes de la clinique (...) j'ai hésité entre les deux (...) j'ai choisi ici (...) »</p>	<p>Investissement personnel Choix</p>	<p>Ancrage géographique</p>	<p>Il n'est pas encore implanté géographiquement. Mais il exprime clairement son choix de venir dans cet établissement alors qu'il avait une clinique institutionnelle plus près de chez lui.</p>
431 à 443	<p><i>b 60- Qu'est-ce qui vous a fait choisir de venir ici ?</i></p> <p>B 60- Euh... je voulais connaître autre chose que l'institution ... d'une part. Et j'avais peur de ... de</p>	<p>« (...) connaître chose que l'institution (...) peur (...) de m'enfermer (...) dans l'institution (...) impression de désapprendre mon métier (...) devient</p>	<p>Choix Crainte du fonctionnement</p>	<p>Perte des apprentissages</p>	<p>Nous ressentons un manque de reconnaissance car toutes les professions sont</p>

	<p>m'enfermer un petit peu dans l'institution. C'est-à-dire que c'est quand même un endroit ... AAA, ça allait encore, mais CCC ou la DDD, c'est quand même un endroit où on ... moi j'ai une impression de désapprendre mon métier d'infirmier. On devient moniteur, on fait le boulot comme tout le monde et on est amené à, à des tâches où, qu'ils sont tout à fait nobles, mais par exemple, à DDD on commence par trois mois, on est affecté à, à la vaisselle et on change de tâche en tâche comme ça ...</p> <p><i>b 61- La grille</i></p> <p>B 61- Voilà, la grille. La fameuse grille. Et euh... euh... je me suis dit quand même à un moment, t'as fait trois ans d'études, tu es infirmier et je voulais faire du boulot ... d'infirmier, tout simplement. Donc, ça reste envisageable pour moi, mais peut-être plus tard.</p>	<p>moniteur (...) boulot comme tout le monde (...) tâches (...) trois mois (...) vaisselle (...) change de tâche en tâche (...) la fameuse grille (...) fait trois d'études (...) infirmier (...) faire du boulot d'infirmier (...) ça reste envisageable pour moi, mais peut-être plus tard (...) »</p>	institution-nelle		<p>aplanies. Elles gardent leurs compétences mais perdent leur spécificité en perdant leur nom. Ils sont tous appelés moniteur. Et chacun participe à la vie quotidienne avec des patients en étant inscrit sur la grille de fonction comme par exemple la vaisselle. Il ne voyait le sens du travail infirmier qui lui a coûté trois ans d'études pour faire le travail de moniteur.</p> <p><b>Trop de logique institutionnelle</b></p>
444 à 447	<p><i>b 62- Bien. Avez-vous envie de rajouter quelque chose ?</i></p> <p>B 62- Non, personnellement ... non je vois pas.</p> <p><i>b 63- Bien. Et bien ... je vous remercie.</i></p> <p>B 63 Et bien ... de rien</p>				

### VIII. 6. 2. Tableau analyse d'entretien Caroline

N° de lignes	Corpus	Unités de sens	Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
1 à 7	<p><i>c 1- Merci de passer quelques instants afin de répondre à mes questions. Avant de commencer, est-ce que vous voulez bien vous présenter ?</i></p> <p>C 1- Oui, bien je m'appelle Caroline XXX. J'ai 26 ans. Je suis infirmière depuis novembre 2007. J'ai vraiment commencé à travailler donc depuis euh... janvier 2008 et donc euh ça va faire euh... surtout dans les soins généraux donc euh... la chirurgie ORL, de la chirurgie viscérale et la gastro.</p>	« (...) 26 ans (...) infirmière depuis novembre 2007 (...) commencé à travailler (...) janvier 2008 (...) surtout dans les soins généraux (...) »	Généralités	Soins somatiques	Depuis le début de sa carrière professionnelle, elle a exercé dans des services de technicités somatiques et gestuelles.
7 à 8	Et depuis euh... environ sept mois, je suis en psychiatrie. Voilà.	« (...) depuis (...) sept mois, je suis en psychiatrie (...) »	généralités	soins psychiatriques	Débutante en psychiatrie
9 à 10	<p><i>c 2- C'était un choix personnel ?</i></p> <p>C 2- C'est ... du tout ... euh comment dire euh</p>	« (...) du tout ... euh comment dire euh (...) »	Choix de la psychiatrie	Résignation	Nous ressentons plutôt une résignation qu'un enthousiasme par ses difficultés à exprimer le choix de son affectation.
10 à 11	c'est pour des raisons personnelles euh... j'ai, j'ai demandé une mutation,	« (...) raisons personnelles (...) demandé une mutation (...) »	Mutation	Raisons personnelles	
11 à 12	et pis ben euh... le poste qu'on me proposait, c'était euh, c'était en psychiatrie	« (...) poste qu'on me proposait (...) en psychiatrie (...) »	Mutation	Proposition offerte	<b>Logique d'établissement</b> Elle n'évoque pas une éventuelle possibilité de changement d'affectation plus tard. C'est à prendre ou à laisser.
12 à 13	et comme je savais que ben ... moi, je voulais	« (...) je savais (...) moi, je voulais absolument une mutation à un certaine	Mutation	Raisons personnelles	Elle était décidée à vouloir intégrer ce centre

	absolument une mutation à une certaine date,	date (...) »			hospitalier.
13	donc j'ai accepté pour ça.	« (...) donc (...) j'ai accepté (...) pour ça (...) »	Choix de la psychiatrie	Résignation	Sa volonté de muter a prévalu sur le choix du service.
13 à 15	Et comme de toute façon, pour moi, je, pour mon métier, toute expérience est bonne à prendre, alors je me suis dit pourquoi pas.	« (...) pour moi (...) pour mon métier, toute expérience est bonne à prendre (...) pourquoi pas (...) »	Choix de la psychiatrie	Enrichissement professionnel	Toutefois, elle n'est pas réticente à la psychiatrie.
15 à 16	Parce que vu que pendant mes stages ... pendant ma formation ... j'avais bien aimé mes stages en psychiatrie, donc euh voilà.	« (...) Parce que (...) stages (...) formation (...) bien aimé mes stages en psychiatrie (...) »	Choix de la psychiatrie	Souvenirs de la formation	Elle a gardé un bon souvenir de sa confrontation à la psychiatrie durant sa formation. <b>Confiance abandon dans l'accompagnement thérapeutique</b> qu'elle pourra recevoir en souvenir de sa formation.
17 à 19	<i>c 3- Et alors, comment s'est faite votre intégration dans votre nouvelle unité en psychiatrie ? Votre accueil ? Votre accompagnement ?</i> C 3- (rire) Euh, ben, euh...	« (...) (rire) Euh, ben, euh... (...) »	<b>Intégration</b>	Ironie	Nous repérons que son intégration a été mémorable pour elle.
19	au départ, je changeais de Région, je changeais de tout au tout	« (...) au départ (...) changeais de Région (...) de tout au tout (...) »	Déménagement	Rupture	
20	... donc ç'a pas été évident tous les jours ...	« (...) donc (...) pas été évident tous les jours (...) »	Déménagement	Difficultés	
20 à 22	bon ben sachant que je suis arrivée au mois d'août, donc sur les périodes de, de vacances, de euh... de, de collègues. Euh... donc le service, on était le personnel minimum requis	« (...) sachant (...) arrivée au mois d'août, donc (...) vacances (...) donc (...) personnel minimum requis (...) »	<b>Intégration</b>	Période de vacances	Elle est arrivée dans une situation de personnel réduit. Les mots « sachant » et « donc » témoignent d'une certaine excuse vis-à-vis du service pour son intégration.

					<b>Confiance</b> sur leur volonté de ne pas lui nuire.
21 à 22	Euh... donc le service, on était le personnel minimum requis	« (...) donc le service (...) personnel minimum requis (...) »	<b>Intégration</b>	Qualification	Disparité entre la <b>confiance</b> <b>abandon</b> qu'elle attendait et la <b>confiance</b> que lui portait le service sur la certification de ses compétences (diplôme). <b>Logique d'établissement</b> car la certification compte plus que la compétence. L'essentiel réside dans la qualité des certifications et non dans la qualité des compétences (requis) Confrontation à l'inconnu et à l'imprévisibilité sans aide.
22 à 24	euh... ben, c'est vrai que euh... qu'il a fallu que j'attende le quatrième jour qu'on me présente vraiment les patients, savoir quelles pathologies qu'ils, euh ce qu'ils avaient, tout ça.	« (...) a fallu (...) attendre la quatrième jour (...) me présente vraiment les patients, savoir quelles pathologies (...) tout ça (...) »	<b>Intégration</b>	Manque de considération	<b>Accompagnement initiatique</b> Le mot « vraiment » laisse supposé une petite aide reçue mais qui lui était insuffisante.
24 à 26	Bon, ben, on me dit il y a l'ordinateur faut ... déjà donc, on arrive ... certes il y a l'ordinateur, on peut aller voir dedans. Mais qu'on n'a pas les codes, même si on les a dans l'après midi, c'est pas forcément très évident.	« (...) on me dit (...) l'ordinateur (...) déjà donc, on arrive (...) ordinateur (...) aller voir dedans (...) pas les codes (...) les a dans l'après midi (...) pas forcément très évident (...) »	<b>L'accompagnement</b>	Manque de considération	Elle est livrée à elle-même avec le minimum de renseignements. <b>Accompagnement initiatique</b> Elle est en difficulté.
26 à 27	Tu connais pas les lieux donc c'est déjà te repérer dans les lieux euh et tout.	« (...) connais pas les lieux (...) déjà te repérer dans les lieux (...) et tout (...) »	Connaissance du service	Méconnaissance des lieux	Elle est dans un inconnu géographique des lieux
27 à 29	Donc euh... aller fouiller dans l'ordinateur, savoir	« (...) aller fouiller (...) savoir exactement ce qu'ils ont. Si en plus	Connaissance du	Dépendances des	Même si elle fait preuve de bonne volonté, en

	exactement ce qu'ils ont. Si en plus, il y a des fois, c'est pas forcément bien inscrit, c'est pas forcément bien connu du service	(...) des fois (...) pas forcément bien inscrit (...) pas forcément bien connu du service (...) »	service	collègues	autodidacte, elle découvre que tout n'est pas inscrit. Elle est tributaire de ses collègues. <b>Confiance abandon</b>
29 à 30	donc c'est pas forcément évident !	« (...) donc c'est pas forcément évident ! (...) »	<b>Intégration</b>	Difficultés	
31 à 33	<i>c 4- Vous voulez dire que vous n'étiez pas du tout en doublon ?</i>  C 4- Non ! De toute façon, depuis que j'ai commencé à être infirmière, je n'ai jamais été doublée dans aucun service que j'ai fait ! (larmes aux yeux)	« (...) Non ! De toute façon, depuis que j'ai commencé à être infirmière, je n'ai jamais été doublée dans aucun service que j'ai fait ! (...) (larmes aux yeux) (...) »	<b>Intégration</b>	Manque de considération	Elle insiste sur le manque de soutien à chaque changement de service. Ses larmes témoignent d'une certaine souffrance. Nous pensons qu'elle aurait souhaité un <b>accompagnement thérapeutique</b> le temps de sa <b>confiance abandon</b> , alors qu'elle s'est retrouvée dans un <b>accompagnement initiatique</b> dans une <b>confiance émancipatrice</b> . La souffrance générée est perceptible.
34 à 35	<i>c 5- Vous travaillez avec des collègues ?</i>  C 5- Ouais ! Bon ben en été euh... donc le euh... le minimum requis c'était trois.	« (...) en été euh... donc le euh... (...) minimum requis c'était trois (...) »	Effectif	Qualification	De nouveau, nous repérons une difficulté à exprimer (« euh... donc le euh... ») la qualification minimum nécessaire dont elle fait partie et son manque totale d'autonomie.
35 à 37	Donc bon le euh... je sais que quand, bon de toute façon quand il y a quelque chose que je sais pas, je pose des questions et tout,	« (...) je sais que quand (...) je sais pas (...) pose des questions et tout (...) »	Intégration	Volonté à se former	Cela témoigne d'un professionnalisme. Ses collègues peuvent lui faire <b>confiance</b> sur ses compétences et sur son



					savoir car sinon elle se manifesterait.
37 à 38	mais bon euh... les, les premiers jours, il y a tellement de questions	« (...) mais bon (...) premiers jours (...) tellement de questions (...) »	Charge de travail	Inconnu	<b>Accompagnement initiatique</b> Elle a eu un minimum d'accompagnement car le mot « vraiment » à la ligne 23 signale qu'elle a reçu une petite information. Elle est confrontée à un quotidien qu'elle ne maîtrise absolument pas.
38 à 39	que ... ben les collègues, ils ont aussi euh leur boulot à faire puisque bon, puisque si on est trois euh... on a du boulot quoi !	« (...) les collègues (...) ont aussi (...) leur boulot à faire (...) si (...) trois (...) on a du boulot quoi ! (...) »	Charge de travail	Manque d'effectif	Nous comprenons que sa méconnaissance du service engendre aussi une surcharge de travail à ses deux collègues.
40 à 44	<i>c 6- Alors comment ça s'est passé les trois premiers jours ? Sans vous avoir présenté les patients ?</i>  C 6- Ben euh... on se débrouille, on se débrouille ! On essaie de faire au mieux ... ben on essaie déjà de se repérer dans, dans le service euh... ou alors euh... d'un point de vue plus administratif, d'un point de vue locaux et environnement que vraiment euh... patients ...	« (...) on se débrouille (...) débrouille (...) essaie de faire au mieux (...) déjà de se repérer (...) service (...) plus administratif (...) locaux et environnement (...) que vraiment euh... patients (...) »	La prise de poste	Improvisation structurée	Méthodiquement, elle commence par se repérer sur le fonctionnement avant de prendre en charge les patients. Elle a besoin de prendre connaissance avec la <b>logique d'établissement.</b>
45 à 47	donc c'est après que euh... quand j'ai eu un collègue qui a bien voulu, donc euh, qui ... qui m'a expliqué un petit peu le, les patients euh les pathologies qu'on avait un petit peu dans le service	« (...) après que (...) quand (...) un collègue (...) bien voulu (...) m'a expliqué (...) les patients (...) les pathologies (...) »	Aide reçue	Volontariat de l'accompagnateur	Le fait qu'elle dise « bien voulu » semble indiquer que les autres collègues l'ont laissée délibérément « se débrouiller ». Est-ce une mise à l'épreuve de ces capacités à travailler en psychiatrie ? Est-ce la façon de l'équipe de

					montrer son désaccord avec la <b>logique d'établissement</b> qui permet une prise de poste sans donner les moyens nécessaires pour l'accompagnement ? Il aurait été intéressant d'aller rencontrer l'équipe au sujet de l'accueil des nouveaux. Un collègue s'est dévoué pour l'aider dans sa confrontation à la psychose.
47	où là déjà on ... comment dire ... ça met déjà plus à l'aise		L'aide reçue	Réassurance	Elle est tributaire de cette aide. <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance d'abandon</b>
47 à 49	et puis bon ben voilà euh... bon ben OK, lui ... vu sa pathologie, c'est ça. On peut un petit peu mieux adapter la prise en charge euh... par la suite.	« (...) sa pathologie, c'est ça (...) un petit peu mieux adapter la prise en charge (...) par la suite (...) »	L'aide reçue	Sécurité  Cohérence dans le soin	Nous lui percevons un certain soulagement à être informée d'éléments qui lui éviterait d'être un <i>pharmakon</i> et aussi d'éviter des réactions de patients à son égard.
50 à 54	<i>c 7- Les collègues avec qui vous avez commencé, ils étaient jeunes ou expérimentés ?</i>  C 7- Euh... il y avait les deux ! Il y avait les deux. Il y avait euh... une personne euh, les premiers jours, qui ... ben ça faisait ... ça faisait enfin, vu son diplôme donc euh... au mois de, de novembre donc là on était au mois d'août. Et après, il y avait un infirmier, un ISP et qui savait qu'il allait partir,	« (...) les deux (...) une personne (...) diplôme novembre ( ...) donc là (...) août (...) »  « (...) un infirmier, un ISP (...) allait partir, partir le mois d'après (...) sur un autre hôpital (...) donc euh... voilà (...) »	La prise de poste	La composition de l'équipe	Nous ressentons un climat interpellant au sein de l'équipe lors de ses premiers jours. De ses deux collègues, elle nomme le premier « une personne » lui reconnaissant son manque d'expérience car il n'avait que quelques mois de

	partir le mois d'après euh... sur un autre hôpital				diplôme. Pour le second, elle donne sa qualification pour montrer son expérience (« infirmier, un ISP »). Elle relate avec insistance (deux fois « partir ») son contexte.
54 à 55	donc euh... voilà.	« (...) donc euh... voilà (...) »	La prise de poste	Le manque de considération	Sa conclusion souligne les conditions de sa prise de poste. On a d'abord considéré son diplôme avant sa personne. <b>Logique d'établissement</b>
56 à 57	<i>c 8- Ça été dur ces premiers jours ?</i> C 8- (fort) Un peu oui ! (larmes aux yeux, se retient de pleurer)	« (...) (fort) Un peu oui ! (larmes aux yeux, se retient de pleurer) (...) »	La prise de poste	Son ressenti	Nous voulons le ressenti de son vécu de sa prise de poste. Il est si intense que nous percevons la souffrance.
58 à 61	<i>c 9- Vous pouvez m'en dire quelques mots ? (pleurs) De ce qu'il s'est passé ? De votre ressenti ?</i> C 9- (silence) (pleurs) Ben ressenti quand euh... quand on change ... et qu'on arrive dans un service qu'on connaît pas ... et qu'on connaît personne ...	« (...) (silence) (pleurs) (...) quand on change et qu'on arrive dans un service qu'on connaît pas ... et qu'on connaît personne ...	La prise de poste	Rupture	Au vu de cette souffrance, nous cherchons une verbalisation pour l'apaiser. Elle exprime sa rupture avec tous ses repères : lieu géographique, métier, isolement sociale. Les « et » renforcent l'accumulation des ruptures. Elle est dans <b>la confiance abandon</b>
61 à 62	c'est très dur ! (silence) <i>c 10- Vous avez pu en parler à quelqu'un ?</i>	« (...) c'est très dur ! (silence) (...) » « (...) Vous avez pu en parler à quelqu'un ? (...) »	Souffrance	Résilience	Pour apaiser cette souffrance, nous recherchons ses ressources. Nous nous mettons dans

					un <b>accompagnement thérapeutique.</b>
62 à 63	<i>c 10- Vous avez pu en parler à quelqu'un ?</i> C 10- A mon conjoint ! A mon conjoint !	« (...) A mon conjoint (...) »	L'aide	La famille	Elle s'est appuyée sur le soutien de sa cellule familiale.
63 à 66	Après euh... après j'en ai parlé ... j'en ai parlé au collègue qui ... qui, qui m'a ... qui m'a expliqué le euh... justement qui m'a expliqué, qui a repris la liste des patients et tout. Ben c'est vrai qu'avec lui, je m'entends très bien. Et à lui, je ... j'en ai parlé après coup.	« (...) parlé au collègue (...) justement qui m'a expliqué (...) liste des patients et tout (...) je m'entends très bien (...) parlé après coup (...) »	L'aide	L'accompagnateur volontaire	Elle livre son état de <b>confiance d'abandon</b> à l'infirmier qui l'a aidée qui a été au devant d'elle. Mais elle a pu le faire après un certain apaisement : « après coup ».
66 à 67	Mais je lui en ai parlé. Il savait déjà, enfin il sait déjà euh... ce que je lui dis, c'est pas nouveau.	« (...) il savait déjà (...) c'est pas nouveau (...) »	Le manque de considération	Récurrence	Apparemment, tout le monde a conscience des difficultés dans lesquelles peuvent se retrouver les nouveaux arrivants.
67 à 68	Donc euh... c'est des choses qui arrivent ! ... Apparemment, c'est souvent ! (pleurs)	« (...) Donc (...) choses qui arrivent (...) c'est souvent ! (pleurs (...)) »	Le manque de considération	Insécurité	Elle utilise le temps passé composé pour relater son ressenti au collègue. Elle passe à l'imparfait pour signifier qu'il était au courant depuis longtemps. C'est quelque chose qui perdure. Puis elle termine au présent indiquant une pratique usuelle de ce manque d'aide en cas de besoin. Ses pleurs témoignent de la souffrance générée par cette insécurité.
69 à 71	<i>c 11- Et qu'est-ce qui vous passait par la tête, les premiers jours ?</i>	« (...) Pas forcément envie d'y retourner ! (pleurs) Du tout ! Du tout !	Souffrance	Technique d'apaisement	Nous nous mettons dans un <b>accompagnement thérapeutique.</b>

	<p>C 11- Ben euh... Pas forcément envie d'y retourner ! (pleurs) Du tout ! Du tout !</p> <p><i>c 12- Je vous comprends. (silence)</i></p>	<p>(...) »</p> <p>« (...) <i>Je vous comprends</i> (...) »</p> <p>« (...) (silence) (...) »</p>			<p>Nous validons son ressenti.</p> <p>Nous laissons alors le temps nécessaire pour qu'elle s'apaise un peu avant d'explorer ce qu'elle a pu faire.</p>
69 à 71	<p><i>c 11- Et qu'est-ce qui vous passait par la tête, les premiers jours ?</i></p> <p>C 11- Ben euh... Pas forcément envie d'y retourner ! (pleurs) Du tout ! Du tout !</p> <p><i>c 12- Je vous comprends. (silence)</i></p>	<p>« (...) Pas forcément envie d'y retourner (...) »</p>	Souffrance	Rupture avec le service	<p>Elle évoque une première fois son arrêt de travailler dans ce service.</p>
71 à 75	<p><i>Par la suite, avez-vous pu en parler au cadre ? A l'équipe ? Au médecin ?</i></p> <p>C 12- Alors euh le problème, c'est qu'à cette période-là, on a, il y avait pas forcément de cadre. Euh... c'était la cadre sup. qui faisait office de ... de cadre quand il y avait euh... pour régler certains problèmes.</p>	<p>« (...) problème (...) période-là (...) pas forcément de cadre (...) cadre sup (...) office de ... de cadre (...) pour régler certains problèmes.</p>	Personnes ressources du service	Absence de cadre du service	<p>L'équipe était livrée à elle-même.</p>
75 à 80	<p>Euh... qu'il faut dire aussi euh... euh... au niveau de l'accueil ... qu'il a pas été vraiment ...enfin pas trop très correct. Ça je l'avais vu au mois de mars quand j'étais venue euh me présenter, j'avais fait ma visite médicale. Donc j'arrive le premier jour euh, c'est ... bonjour mais même pas me reprendre pour me ré expliquer un peu, parce que ça fait plusieurs mois quand même qu'on s'est pas vu. Donc euh... ça, j'ai moyennement apprécié. Donc euh... le cadre sup. euh... je la voyais très rarement.</p>	<p>« (...) faut dire aussi (...) l'accueil (...) pas trop très correct. Ça je l'avais vu au mois de mars quand j'étais venue euh me présenter, (...) j'arrive le premier jour (...) même pas me reprendre pour me ré expliquer (...) parce que ça fait plusieurs mois (...) j'ai moyennement apprécié (...) le cadre sup (...) la voyais très rarement (...) »</p>	<p>L'aide reçue</p> <p>L'accueil</p>	Manque de considération	<p>Elle attendait plus de considération lors de son accueil.</p>

80 à 85	Et donc quand enfin il y a eu le cadre euh... début ... que je dise pas de bêtise ... début septembre ... la pauvre, c'est une faisant fonction qui arrivait de la maison de retraite ... qui ne connaissait rien non plus à la psychiatrie, donc euh... on était deux, toutes les deux euh lâchées comme ça. Donc finalement on a eu un peu euh... la même expérience. On a été lâché un peu comme ça et débrouillez-vous ! ...	« (...) quand enfin il y a eu le cadre (...) la pauvre (...) qui ne connaissait rien non à la psychiatrie (...) on était deux, toutes les deux euh lâchées comme ça (...) la même expérience (...) débrouillez-vous (...) »	L'aide reçue  L'accueil	Manque de considération	L'arrivée d'une nouvelle cadre ne règle rien car elle vit, elle aussi, la même situation. Elle a la preuve de la récurrence de ce manque de considération et l'insécurité pour les nouveaux y compris pour les cadres. Tous les nouveaux, même le cadre, sont dans la <b>confiance abandon</b> .
85 à 86	Et à elle, je sais que je lui en ai parlé après coup et ... (silence) (larmes aux yeux)	« (...) Et à elle (...) en ai parlé après coup et... (silence) (larmes aux yeux) (...) »	L'aide reçue	Impuissance	Elles partagent un même vécu donc il y a une <b>Confiance réciproque</b> Mais nous interprétons le silence et l'émotion exprimée comme une impuissance de sa cadre à régler ce problème. Cela contribue à une certaine insécurité.
87 à 88	<i>c 13- Et au niveau des patients, aviez-vous aussi vécu des situations compliquées ?</i> C 13- Euh...		<b>Confrontation au Réel de la folie</b>		Nous souhaitons quitter le thème de l'accueil. Toutefois, nous aurions dû faire une petite phrase pour clore le thème de l'accueil et introduire le suivant. Caroline a besoin d'un petit peu de temps, bien légitime, pour quitter le thème douloureux de son accueil.
89 à 91	<i>c 14- Avec la problématique psychiatrique ?</i> C 14- Pas tout de suite ! C'était au bout de euh... euh au bout de deux semaines à peu près euh...	« (...) pas tout de suite (...) au bout de semaines (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Temporalité	Son intégration douloureuse dans ce service a perturbé sa perception de la durée.

					Son accueil a dû lui paraître très long car « Pas tout de suite » mais « au bout de deux semaines », quinze jours pourraient sembler immédiat pour un novice face à ce genre de crise.
91 à 94	donc euh... un patient qui a fait euh... donc une crise euh, une crise clastique euh... bon euh... euh... moi, j'étais dans le bureau médical avec le médecin qui était en train de faire des entretiens médicaux. Et puis là, j'entendais une de mes collègues qui ... qui appelait. Donc on est sorti avec le médecin	« (...) un patient (...) une crise clastique (...) une de mes collègues (...) qui appelait (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	La crise clastique	Nous évoquons juste l'idée d'une situation compliquée. Elle nous relate sa confrontation à une crise clastique chez un patient psychotique.
94 à 97	et ... euh... donc euh... ben on a vu les murs qui tremblaient. Et en fait, c'est un patient euh... qui a un délire mystique qui ... qui se tapaient le, la tête contre les murs et ... et là jusqu'à défoncer le placo ... et euh... la fumée du placo, enfin la fumée du placo a dé, avait déclenché l'alarme à incendie.	« (...) les murs qui tremblaient (...) un patient (...) délire mystique (...) la tête contre les murs (...) défoncer le placo (...) la fumée du placo (...) déclenché l'alarme à incendie (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Le cataclysme	Elle ne peut pas exprimer ce qui se passe chez ce patient. Elle rationalise en décrivant les conséquences sur les choses matérielles.
94 à 97	et ... euh... donc euh... ben on a vu les murs qui tremblaient. Et en fait, c'est un patient euh... qui a un délire mystique qui ... qui se tapait le, la tête contre les murs et ... et là jusqu'à défoncer le placo ... et euh... la fumée du placo, enfin la fumée du placo a dé, avait déclenché l'alarme à incendie.	« (...) et ... euh... donc euh... (...) patient euh... (...) qui ... qui (...) se tapait le, la tête contre les murs et ... et là (...) placo ... et euh... (...) la fumée du placo a dé (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	L'indicible	Sa difficulté à s'exprimer témoigne de l'inconnu de ce qui se passe.
97 à 101	Donc ... vu que, vu, vu que je suis pas rentrée parce que ... ce patient-là, on m'avait, on me l'avait décrit comme quelqu'un qui pouvait passer à l'acte euh... subitement, donc c'est vrai que je suis,	« (...) suis pas rentrée parce que (...) on me l'avait décrit comme quelqu'un qui pouvait passer à l'acte (...) subitement (...) suis restée (...) devant la porte (...) »	L'aide reçue	Information sur la dangerosité	Elle avait été prévenue du risque avec ce patient. Elle ne se précipite donc pas. <b>Accompagnement</b>

	je suis restée un peu, un peu ... un peu coi devant, devant la porte de la chambre mais donc euh...				<b>thérapeutique</b> pour la protéger.
101 à 103	ben... c'est le collègue euh... qui a dit, de toute façon « les filles, vous rentrez pas, je m'en occupe ». Donc c'est lui qui y est allé euh... qui y est allé le canaliser pour qu'il puisse se calmer. Et ce moment-là, on a pu rentrer dans la chambre.	« (...) le collègue (...) a dit (...) les filles, vous rentrez pas, je m'en occupe (...) c'est lui (...) qui y est allé le canaliser pour qu'il puisse se calmer (...) » « (...) et ce moment-là, on a pu rentrer dans la chambre (...) »	L'aide reçue	Protection	Le collègue intervient auprès du patient en prenant soin de protéger les infirmières. Il y a une double <b>confiance abandon</b> : d'abord vis-à-vis de son collègue pour la protéger, et aussi envers le patient sur le fait qui ne l'agressera pas. En effet, son inexpérience ne lui permet pas encore d'évaluer le risque de recrudescence de violence chez ce patient.
103 à 105	(larmes aux yeux) Et ... cette crise-là ne m'a pas ... vu que là, vu que ça s'était un petit peu ... apaisé, enfin moi, par, par rapport à mon arrivée dans le service,	« (...) (larmes aux yeux ) (...) cette crise-là ne m'a pas (...) vu que ça s'était un petit ... apaisé, enfin moi (...) par rapport à mon arrivée dans le service (...) »	<b>Confrontation au Réel de la folie</b>	Son accueil	Elle compare son ressenti de cette crise avec celui de ses premiers jours dans l'unité de soins. « cette crise-là ne m'a pas » renforce la souffrance vécue lors de sa prise de poste.
105 à 106	j'avais déjà pu en parler avec ce collègue-là. J'avais pu euh... bien baliser.	« (...) déjà pu en parler (...) ce collègue-là (...) J'avais pu (...) bien baliser (...) »	L'aide reçue	Protection	Le fait d'avoir échanger au préalable avec son collègue sur ce patient lui a permis de mieux appréhender la situation et de se protéger. <b>Accompagnement maïeutique</b> car elle évoque un échange et donc une participation active de sa part.



106 à 108	Donc c'est vrai, avec les deux personnes avec qui je travaillais cet, cet après midi-là, je savais que je pouvais travailler en confiance. Donc, finalement cette crise-là ... n'avait, ne m'a pas euh... choquée	« (...) les deux personnes avec qui je travaillais (...) je savais que je pouvais travailler en confiance (...) finalement cette crise-là (...) ne m'a pas euh... choquée	La crise	Confiance à ses deux collègues	Avec ses deux collègues-là, précisément, elle est dans une <b>confiance réciproque</b> . Elle peut travailler sereinement, ses collègues peuvent être sûrs de son travail et elle, elle sait qu'ils l'aideront en cas de besoin. Malgré l'importance de la crise, elle s'est sentie en sécurisée contrairement à sa prise de poste.
108 à 109	ou ... ou ... hum... enfin, ne m'a pas ... dit enfin, je reviens pas demain euh... voilà.	« (...) ne m'a pas ... dit (...) je reviens pas demain (...) »	La crise	Rupture avec le service	Même si c'est de façon négative, elle évoque pour la deuxième fois son interruption (congé maladie ?) ou arrêt définitif avec ce service.
110 à 113	<i>c 15- En confiance, c'est-à-dire ? Avec ces deux personnes-là ?</i> C 15- Ben, je savais que si jamais il y avait un problème euh... on avait les téléphones, mais si il y avait un souci, je savais que je pouvais aller les voir ou hum... et ...enfin voilà, travailler ben justement, travailler en ... ben vraiment en équipe, travailler en confiance.	« (...) si (...) problème (...) ls téléphones (...) si il y avait un souci (...) je pouvais aller les voir travailler (...) vraiment en équipe (...) en confiance (...) »	Confiance	Sécurité	A la question sur la confiance, elle évoque le téléphone et ses deux collègues. Il y a donc bien une association de la confiance avec la sécurité. Nous comprenons une <b>confiance réciproque</b> dans sa vision du travail en équipe.
114 à 118	<i>c 16- Et avec l'autre collègue ?</i> C 16- Ben, c'est moins évident. Mais après, de toute façon, dans chaque équipe, on peut pas ... on peut pas aimer tout le monde, on peut pas plaire à tout le monde donc ...donc ben après oui il y a d'autres personnes comme des fois il y a euh...	« (...) moins évident (...) dans chaque équipe (...) on peut pas aimer tout le monde (...) d'autres personnes (...) Un peu lunatiques (...) »	Confiance	Affinités	Il est dommage que nous n'avons pas poursuivi sur le mot « lunatiques » synonyme de changeant, peu fiable et donc source d'insécurité.

	euh... suivant ... un peu lunatiques donc euh... euh...				
119 à 124	<p><i>c 17- Bon là, avec des personnes avec qui vous n'aviez pas d'affinité, mais en cas de difficultés ?</i></p> <p>C 17- En cas de euh... c'est vrai que là ... non là euh... dans ces cas-là ... ces choses-là ... ça ... ça ... ça s'efface quand même et euh... pour gérer ces situation-là, alors là de toute façon euh... c'est ... enfin je, j'aime pas le mot faire front, mais c'est ... c'est voilà, c'est ... l'esprit, l'esprit d'équipe, elle est là</p>	« (...) dans ces cas-là ... ces choses-là (...) ça s'efface (...) pour gérer ces situations-là (...) l'esprit d'équipe, elle est là (...) »	Situation de crise	L'esprit d'équipe	Elle fait <b>confiance</b> à chacun pour que l'équipe s'unisse afin de gérer la situation
124 à 126	et euh... de toute façon, dans ces, enfin ce que j'ai pu remarquer, c'est que dans ce genre de situation-là, tout le monde arrive à trouver sa place et à faire ... euh... ce qu'il faut plus ou moins au bon moment. Donc euh...	« (...) j'ai pu remarquer (...) ce genre de situation-là (...) arrive à trouver sa place et à faire (...) ce qu'il faut (...) au bon moment (...) »	Situation de crise	La place dans l'équipe	La place de chacun permet une pertinence dans la coordination des actions et contribue à la gestion de la situation.
127 à 128	<p><i>c 18- Vous aussi ? Malgré le peu d'expérience ?</i></p> <p>C 18- Mouais, je pense oui</p>	« (...) Mouais, je pense oui (...) »	Situation de crise	Sa place	Il y a une certaine hésitation à évoquer sa place dans l'équipe.
129 à 134	<p><i>c 19- Qu'est-ce que vous avez réussi à faire ?</i></p> <p>C 19- Euh... bah euh... c'est euh... alors là après pour euh... pour prendre une situation, alors là, je sais pas. Euh...</p> <p><i>c 20- Pas forcément cette situation-là</i></p> <p>C 20- Ouais, ouais, non, non, mais là je, j'essaie sur d'autres, non mais ...j'essaie de voir, enfin ... (silence)</p>	« (...) Euh... bah euh... c'est euh... (...) je sais pas (...) j'essaie sur d'autres (...) »	Situation de crise	Son action	Nous souhaitons positiver une action entreprise. <b>Accompagnement thérapeutique</b> de notre part.
135 à 138	<i>c 21- Soit téléphoner, soit ...</i>	« (...) Ça oui ! Ben ça oui (...) téléphoner (...) être là (...) contenir le	Situation de crise	Son action	Le fait de dire ce qu'elle a pu faire durant une

	C 21- Ça oui ! Ben ça oui, soit ... ben voilà, soit téléphoner, soit ... être là et ... s'il faut ... contenir le patient qui ... si ou plutôt, justement si on arrive pas encore à la contention physique, ben justement essayer d'apaiser, enfin voilà.	patient (...) essayer d'apaiser (...) »			situation compliquée peut diminuer sa tension occasionnée par le sujet de l'entretien. <b>Accompagnement thérapeutique</b> de notre part.
138 à 140	De toute façon, quand il ... on voit que l'autre commence à peiner, il y en a toujours un qui ... qui est pas très loin pour pouvoir prendre le relais et voilà. Histoire que, justement si l'autre s'épuise.	« (...) De toute façon (...) l'autre commence à peiner (...) toujours un (...) pas très loin (...) prendre le relais (...) si l'autre s'épuise (...) »	Situation de crise	L'esprit d'équipe	Elle élargit à l'intervention de l'équipe. Chacun peut compter sur l'autre. <b>Confiance réciproque</b>
141 à 149	<i>c 22- Qu'est-ce que vous avez comme aides à disposition dans l'unité pour ce genre de situations ?</i> C 22- Comment ça des aides ? <i>c 23- Des choses à faire ? Précises comme des protocoles ? Ou vous faites avec les moyens du bord ?</i> C 23- Ben euh... si il y a des protocoles eh bien je suis pas au courant ... parce que ... vraiment ... gérer, gérer la crise finalement euh... il y a des formations comme j'ai pu suivre euh...en février et mars. Euh... après, s'il y a des protocoles pour ça euh... honnêtement ... je ne sais pas.	« (...) protocoles (...) sui pas au courant (...) il y a des formations comme j'ai pu suivre (...) des protocoles pour ça (...) je ne sais pas (...) »	Situation de crise	L'aide à disposition	Nous voulons repérer les outils de la <b>logique d'établissement</b> dont elle pourrait utiliser. Il y a un <b>accompagnement thérapeutique</b> de notre part dans le sens où nous cherchons à lui faire identifier des aides dont elle pourrait se servir lors de prochaines situations compliquées. Elle ne sait pas si il y a des protocoles pour aider à endiguer une situation de crise. En revanche, elle fait référence à la formation qu'elle a suivie. Sa méconnaissance pourrait mettre en doute sa <b>confiance</b> envers son accompagnateur.
150 à 155	<i>c 24- Des protocoles ou des conduites à tenir ?</i> C 24- Ben, c'est vrai qu'on essaie toujours de ...	« (...) on essaie toujours (...) d'éviter (...) appeler les renforts (...) plus de	Situation de crise	L'aide à disposition	Nous élargissons aux conduites à tenir qui sont

	dans le meilleur des cas de ... d'éviter d'avoir à ... à faire à ... euh... d'avoir à, à appeler les renforts ben parce que ça fait toujours, des fois plus de monde et des fois justement, ça empire des fois la situation. Donc, c'est vrai qu'on essaie toujours de ... d'arriver à calmer le patient sans avoir besoin d'appeler de renfort.	monde (...) ça empire des fois la situation (...) arriver à calmer le patient sans avoir besoin d'appeler de renfort.			moins formalisées.
156 à 162	<i>c 25- Ou d'autres situations comme une fugue d'un patient sous placement ?</i> C 25- Ben là, de toute façon, on appelle le médecin, le ... après disons qu'il y a certaines choses qui reviennent que ce soit dans la psychiatrie ou dans d'autres, d'autres services, on a, on a ... une certaine euh... hiérarchie à respecter par rapport à ... par rapport aux fugues. C'est vrai que ... disons que ça, ça paraît ... logique, voilà. On prévient le médecin. On prévient l'administrateur de garde. On prévient le, le cadre de garde, enfin ...c'est, c'est des choses euh... qui paraissent logiques.	« (...) il y a certaines choses qui reviennent que ce soit dans la psychiatrie ou dans (...) d'autres services (...) hiérarchie à respecter (...) logique (...) médecin (...) administrateur de garde (...) cadre de garde (...) logiques (...) »	Situation de crise	Logique de bon sens	Nous passons à un <b>accompagnement maïeutique</b> . Nous repérons ainsi sa possibilité d'agir tout en lui suscitant une réflexion. Ses ressources s'appuient sur une logique de bon sens. <b>Logique d'établissement</b>
163 à 168	<i>c 26- Et qu'est-ce que vous auriez souhaité bénéficier comme aide, dans ce genre de situations compliquées ?</i> C 26- (silence) Euh... ces genres de situations ... ben euh... non mais, je sais que, le jour où que je suis arrivée, on aurait eu le temps de me ... de me sortir la liste et de me dire et ben voilà lui euh lui, il est là pour telle raison, tout ça. On aurait eu le temps et il a fallu qu'on attende le quatrième jour ... après euh...	« (...) je sais que, le jour où que je suis arrivée, on aurait eu le temps (...) de me sortir la liste et de me dire (...) tout ça (...) On aurait eu le temps et il a fallu qu'on attende le quatrième jour (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>  Situation de crise	Une information le premier jour	Elle reproche le fait que personne ne lui a donné des informations concernant les patients alors que cela était possible. Cette incohérence dans son accueil l'interpelle. Un <b>accompagnement thérapeutique</b> qui a tardé à venir.

169 à 173	<p><i>c 27- De tout ce ressenti-là, pouvez-vous en parler au médecin, au cadre, à l'équipe ? Est-ce qu'il y a des temps de réunions où vous pouvez évoquer tout ça ?</i></p> <p>C 27- Oui. Parce que là justement, encore aujourd'hui, bon, on avait une réunion, c'était pour le travail infirmier. Mais on a déjà eu plusieurs ben ... plusieurs réunions où ... enfin on peut, on peut parler de ... suivant le thème.</p>	« (...) Oui (...) encore aujourd'hui (...) réunion (...) pour le travail infirmier (...) déjà eu plusieurs (...) on peut parler (...) suivant le thème (...) »	L'aide à disposition	Les temps de réunion	Elle relate les nombreuses réunions à disposition.
173 à 176	Mais euh... euh... après, le problème, c'est que euh... moi, ce que je me dis c'est que euh... c'est... c'est ... c'est, c'est soit on a envie d'accueillir la collègue et là on met les formes, soit on n'a pas envie de l'accueillir et pis bon ben ... tu la laisses se débrouiller, enfin ... moi je le ressens comme ça.	« (...) le problème (...) soit on a envie d'accueillir la collègue et là on met les formes, soit on n'a pas envie de l'accueillir et pis bon ben ... tu la laisses se débrouiller (...) je le ressens comme ça (...) »	L'aide souhaitée	Volonté d'accueillir	L'intégration dans cette équipe semble difficile si elle n'a pas envie d'accueillir les nouveaux. <b>Il n'y a aucun accompagnement thérapeutique face à la confiance abandon</b>
176 à 178	C'est ... plus euh... déjà moi, donc euh je sais que par rapport à l'ordinateur, par rapport à tous ces trucs-là, je sais que j'ai posé des questions.	« (...) je sais (...) ordinateur (...) tous ces trucs-là (...) j'ai posé des questions (...) »	L'aide	Action de questionner	<b>Logique d'établissement</b>
178 à 182	Mais les patients, je ... je sais que j'ai déjà posé des questions parce que ... voilà, mais bon euh... je peux pas ... quand on répond ben « regarde sur l'ordinateur, regarde dans le dossier », on demande une fois, on demande deux fois, au bout d'un moment, je comprends. Bon ben, je laisse tomber euh... je, je me, enfin je me débrouille par moi-même.	« (...) Mais les patients (...) déjà posé des questions (...) mais bon euh... je peux pas (...) « regarde sur l'ordinateur, regarde dans le dossier », on demande une fois, on demande deux fois, au bout d'un moment, je comprends (...) je laisse tomber (...) je me débrouille par moi-même (...) »	Appel à l'aide	Résignation	Elle argumente le refus délibéré de certains collègues de l'accueillir. Elle tente plusieurs fois avant de se résigner à se « débrouiller ».
182 à 184	Mais forcément, c'est plus long alors qu'on est censé travailler ensemble et que si on prend cinq minutes pour euh, pour expliquer ... enfin voilà.	« (...) c'est plus long (...) censé travailler ensemble (...) si on prend cinq minutes (...) pour expliquer ...	L'intégration	Temporalité	De nouveau, elle fait allusion à cette incohérence car

		enfin voilà (...) »			l'intégration dure plus longtemps et cela nuit au travail d'équipe.
185 à 188	<p><i>c 28- C'est des personnes expérimentées ou c'est des jeunes comme vous ?</i></p> <p>C 28- Ben euh... disons ben quand même que la plupart, ils ont au minimum un à deux ans de ...deux ans d'expérience dans le service minimum. Donc ben ils ... ils, ils connaissent les patients qui sont là, quoi.</p>	« (...) minimum (...) deux ans d'expérience (...) ils connaissent les patients (...) »	L'expérience de l'équipe	Connaissance des patients	Elle associe l'expérience des infirmiers à leur connaissance des patients
189 à 193	<p><i>c 29- Quelle est l'ancienneté maximum ? Quelle est l'ancienneté des agents qui composent l'équipe ?</i></p> <p>C 29- Euh ... alors au maximum, donc là, c'est euh... donc au maximum, c'est soit de un à ... je crois à peu près dix ans. Et donc si on fait la moyenne, on va dire que ça tourne à peu près ... sur, sur les cinq ans. Donc euh... voilà.</p>	« (...) de un à (...) dix ans (...) la moyenne (...) cinq ans (...) »	L'ancienneté de l'équipe	Cinq ans	
195 à 197	<p><i>c 30- C'est pas une énorme expérience</i></p> <p>C 30- C'est pas une énorme expérience, mais ils connaissent les patients qu'ils ont dans le service. C'est, moi c'est, enfin c'est vraiment plus dans le sens des patients qu'il y a dans le service.</p>	« (...) connaissent les patients (...) moi (...) dans le sens des patients qu'il y a dans le service (...) »	L'expérience de l'équipe	Connaissance des patients	Elle insiste sur la connaissance des patients
197 à 198	C'est quand même un service de psychiatrie, avec des personnes qui ... qui ... enfin, comment dire, si ... si ...	« (...) service de psychiatrie, avec des personnes qui ... qui ... enfin, comment dire, si ... si ... (...) »	Le Réel de la folie	L'indicible	Comment décrire ce qui ne se voit pas dans le miroir ...
198 à 201	si c'est un schizophrène qui n'aime pas le contact, et que la personne qui vient d'arriver, qu'elle sait pas et qu'elle va aller vers lui et qu'elle va lui mettre la main sur le bras ... et si là, ça déclenche	« (...) si (...) schizophrène qui n'aime pas le contact (...) et (...) que la personne (...) vient d'arriver (...) sait pas (...) et (...) va aller vers lui (...) et (...) lui mettre la main sur le bras (...) »	Le manque de transmission	Pharmakon L'Insécurité	L'absence d'information voire le refus d'en donner aux nouveaux arrivants peut être la source d'une maladresse lourde de

	euh... justement un ... geste violent ... ben, elle aurait pu être prévenue justement euh... et éviter ça. C'est dans ce sens-là.	et si (...) déclenche (...) geste violent (...) aurait pu être prévenue (...) éviter ça (...) ce sens-là (...) »			conséquence aussi bien pour le patient que pour le novice.
201 à 205	C'est de prévenir la collègue si on est censé faire des, normalement donc des transmissions euh... moi qui ai l'habitude des soins généraux, qu'on fait des, des transmissions, c'est voilà, le patient est ... il est rentré pour telle chose euh voilà, au jour d'aujourd'hui, on en est là.	« (...) C'est de prévenir la collègue (...) transmissions (...) moi qui ai l'habitude des soins généraux (...) patient (...) rentré pour telle chose (...) aujourd'hui, on en est là (...) »	Les transmissions	Devoir professionnel	Elle affirme le devoir professionnel de faire les transmissions à ses collègues.
205 à 207	Et c'est vrai que bon moi, ce qui m'avait choquée le premier jour, c'est que finalement, ils savaient que j'étais nouvelle et je ne savais pas pourquoi les patients étaient là. Moi, j'ai pas eu le relais juste quoi, avec le motif euh vraiment euh... et ...	« (...) m'avait choqué le premier jour (...) ils savaient que j'étais nouvelle (...) savais pas pourquoi les patients étaient là (...) Moi, j'ai pas eu le relais juste (...) le motif (...) »	Absence d'information	Incompréhension	Elle ne comprend pas pourquoi ce refus de lui donner des informations.
207 à 209	bon après est-ce que c'était parce que justement je viens de, je viens de médecine, de chirurgie que j'étais habituée à ça ... enfin ... (larmes aux yeux)	« (...) je viens de médecine, de chirurgie (...) habituée à ça (...) (larmes aux yeux ...) »	Les transmissions	Devoir professionnel	Elle se pose des questions sur le fonctionnement des équipes en psychiatrie. Pourtant, elle semble se résigner ce qui la rend triste.
201 à 214	<i>c 31- Parlez-moi du fonctionnement de l'unité, au quotidien ?</i> C 31- Euh... ben le quotidien euh... on travaille à trois infirmiers le matin, trois infirmiers, infirmières l'après midi avec euh... normalement donc toujours une aide soignante le matin ... de temps en temps un aide soignant l'après midi selon euh... euh selon euh le planning.	« (...) quotidien (...) trois infirmiers le matin (...) trois infirmiers (...) l'après midi (...) une aide soignante le matin ... de temps en temps un aide soignant l'après midi (...) selon euh le planning (...) »	Le fonctionnement de l'unité	L'effectif	<b>Accompagnement thérapeutique</b> de notre part : nous orientons l'entretien vers un sujet plus léger émotionnellement. Elle signale l'importance de l'effectif du personnel dans le fonctionnement de l'unité
214 à 218	Euh... euh bon ben le matin, on commence par les transmissions, bon ben après on fait les traitements.	« (...) le matin, on commence par (...) Ensuite (...) après (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Les tâches quotidiennes	Elle énumère, de façon exhaustive, l'ensemble des tâches obligatoires

	Pendant ce temps-là, on prépare les chariots pour les ...pour les toilettes. Ensuite, donc bon si on en a, les prises de sang... on s'en charge aussi à ce moment-là. Euh ... après ... ben le tour, le tour des toilettes, ben on commence par ceux qui sont réveillés. Ceux qui sont autonomes, ben ils se débrouillent.				d'une unité de soins. <b>Logique d'établissement</b>
218 à 220	Euh ... en ce moment, on a pas mal de ... de patients en ... qui sont euh... qui ont une démence, on est obligé de ... vraiment de faire euh... une toilette totale.	« (...) en ce moment (..) pas mal de (...) patients (...) démence (...) obligé (...) vraiment de faire (...) une toilette totale (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Charge de travail	Actuellement, la charge de travail semble plus importante que d'habitude. <b>Logique d'établissement</b>
220 à 222	Euh... donc après les toilettes, arrive le moment du petit déjeuner euh... qui là par contre ça se passe sur, sur un seul service. Après on retourne au niveau du bureau pour pouvoir faire tout ce qu'il y a d'administratif.	« (...) après (...) Après (...) faire tout ce qu'il y a d'administratif (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Les tâches quotidiennes	Elle démontre qu'elle sait le travail à faire. <b>Logique d'établissement</b>
223 à 224	Et malheureusement, c'est vrai que ben... il y a tellement de choses administratives qu'on n'arrive plus à avoir le temps de pouvoir faire des activités avec eux.	« (...) malheureusement (...) tellement de choses administratives plus à avoir le temps (...) des activités avec eux (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Charge de travail	Elle regrette que l'importance du travail administratif empiète sur le temps d'activités avec les patients. Il aurait été intéressant de lui demander une comparaison du travail administratif avec ses anciennes unités de soins. <b>La logique d'établissement écrase la logique institutionnelle.</b>
224 à 225	Si en fait on est vraiment qu'à trois et même des fois quand on est à quatre,	« (...) qu'à trois (...) ç quatre (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Effectif	



225 à 227	qu'il y a tellement de paperasses administratives que ... que vraiment on n'arrive pas à pouvoir euh... se dégager suffisamment de temps pour eux.	« (...) tellement de paperasses administratives (...) n'arrive pas à pouvoir (...) se dégager suffisamment de temps pour eux (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Charge de travail	Lourdeur administrative <b>La logique d'établissement écrase la logique institutionnelle</b> au détriment des patients.
227 à 236	Euh... voilà. Après, arrive le, le moment du repas du midi. Onze heure et demi, le premier service, à midi le deuxième. Euh... et puis entre temps, si on a des chambres d'isolement qui sont pleines, ben il faut s'en occuper. Il faut y passer régulièrement. Euh... voilà. Euh après le temps des transmissions de treize heures à quatorze heures. L'après midi donc les médicaments, l'ouverture des, des portes de ceux qui étaient à la sieste à partir de trois heures. Encore au point de vue administratif euh... toujours pareil. Gérer les entrées, alors ce serait le matin ou l'après midi. Euh... dix huit heures trente, le repas du premier service, dix neuf heures, le deuxième. Et la plupart du temps, il arrive vingt heures, plus de vingt heures et que euh ... on vient à peine de finir euh tout ce qu'on avait à faire et l'équipe de nuit arrive.	« (...) après (...) et puis entre temps (...) après (...) Encore au point de vue administratif (...) et l'équipe de nuit arrive (...) »	Le fonctionnement de l'unité	Les tâches quotidiennes	<b>Logique d'établissement</b>
237 à 238	<i>c 32- Donc l'après midi aussi, c'est difficile de faire des activités ?</i> C 32- Très ...! Très ... !	« (...) Très ... ! Très ... ! (...) »	Les activités	Difficultés	
239 à 243	<i>c 33- Depuis que vous êtes là, vous avez pu en faire quelques unes ?</i> C 33- Euh... rarement ! Rarement ! Euh c'est vrai qu'il y a des fois, c'est plus souvent les, les week-ends, dans le sens où euh... j'ai la chance d'avoir	« (...) rarement (...) des fois (...) les week-ends (...) la chance d'avoir sur mon roulement un aide soignant (...) sur le week-end, le matin ou l'après midi (...) toujours un aide soignant (...) »	Sa participation aux activités	Effectif	En plus, elle reconnaît un certain privilège par rapport à l'autre roulement : « j'ai la chance d'avoir sur mon roulement »

	sur mon roulement un aide soignant. Donc c'est vrai que ça fait sur le week-end, le matin ou l'après midi, on a toujours un aide soignant.				
243 à 248	Bon ben c'est vrai que ça dégage énormément ... parce que quand vous êtes euh ... euh de week-end, que vous avez pas euh... d'ASH pour gérer le chariot, donc euh vous avez pas d'aide soignant pareil pour gérer les patients qu'il ... faut changer au moment du repas et tout, ben ... il faut que vous soyez euh... donc il y a un infirmier qui se détache pour faire le repas et pour pouvoir gérer tout le reste pendant que les deux, les deux autres collègues, si on a une entrée, gèrent tout ça.	« (...) de week-end (...) pas euh... d'ASH pour gérer le chariot (...) pas d'aide soignant (...) gérer les patients (...) »	Sa participation aux activités	La charge de travail	<b>La logique d'établissement</b> étouffe toute marge de manœuvre de la <b>logique institutionnelle</b> .
248 à 250	Donc c'est pas vraiment évident, donc les activités, c'est vrai que ... c'est vraiment quand on ... quand on a le temps et quand on peut.	« (...) pas vraiment évident (...) les activités (...) le temps et quand on peut (...) »	Sa participation aux activités	Le manque de temps	<b>La logique d'établissement</b> ne laisse pas de temps à la <b>logique institutionnelle</b> .
250 à 254	C'est vrai que le week-end, ça va être euh ... quand on a les fêtes comme euh ... Pâques qui arrive, donc euh... on sort des dessins, on ... on voit avec les patients, donc on demande à certains patients s'ils veulent bien euh... veulent bien euh... comment dire ... participer à l'activité pour décorer le, le pavillon ou alors à l'activité cuisine pour faire des gâteaux pour le week-end.	« (...) le week-end (...) Pâques (...) dessins (...) avec les patients (...) décorer (...) activité cuisine pour faire des gâteaux pour le week-end (...) »	Sa participation aux activités	Les activités	<b>Logique institutionnelle</b>
254 à 257	Euh... après euh... vu qu'au niveau nombre on ... commence à être euh ... à être un peu mieux, parce qu'entre les arrêts tout ça. Là, demain, j'ai réussi à organiser avec deux autres collègues une euh sortie ... thérapeutique. Donc ben la première que je vais	« (...) au niveau nombre (...) un peu mieux (...) parce qu'entre les arrêts (...) réussi à organiser avec deux autres collègues (...) une sortie thérapeutique (...) la première (...) en sept mois (...) »	Sa participation aux activités	L'effectif	Dès que l'effectif le permet, des activités sont envisageables. <b>Logique institutionnelle</b> Elle va faire sa première sortie avec des patients.

	pouvoir faire en sept mois.				
258 à 263	<p><i>c 34- Organiser ? C'est-à-dire ?</i></p> <p>C 34- C'est-à-dire organiser, donc ben déjà euh... monter le projet de la sortie. Euh... donc ben appeler donc après ... voir avec euh... les, les lieux où, les lieux où on va faire des visites donc voir avec eux si c'est possible. On leur avertit bien qu'on est un service de psychiatrie. Euh ... ben voir pour les horaires ... arriver à tout ... à tout recouper pour que ce soit, pour que la journée, en fait, se passe au mieux.</p>	« (...) organiser (...) monter le projet (...) les lieux (...) voir avec si c'est possible (...) voir pour les horaires (...) tout recouper (...) se passe au mieux (...) »	L'organisa- tion	La faisabilité	Il y a de la <b>logique d'établissement</b> dans la <b>logique institutionnelle</b> pour l'organisation d'une sortie.
263 à 266	Prévoir du temps quand même pour que les, les patients puissent euh... ne pas se sentir euh... comment dire euh... speeder. Voilà, qu'on se dise pas ben vite il faut qu'on aille faire ci, qu'on aille faire ça. Euh... donc ça demande quand même beaucoup de travail de préparation.	« (...) prévoir du temps (...) les patients (...) ne pas se sentir (...) speeder (...) qu'on se dise pas ben vite (...) faire ci (...) faire ça (...) » beaucoup de travail de préparation (...) »	L'organisa- tion	Temporalité	Elle sait s'organiser pour bien anticiper afin de ne pas se précipiter ce qui pourrait nuire aux patients.
266 à 270	Après, ben le ... faut, une fois qu'on a monté le projet sur le papier, il faut le présenter au médecin et à la cadre qui, ben qui donnent leur accord, donc avec la liste des patients et puis ben après euh... les patients qui sont sous tutelle, et ben il faut qu'on demande, qu'on demande à la tutelle. Il faut aussi qu'on voit avec les patients si eux aussi, ils sont d'accord d'y participer.	« (...) projet sur le papier (...) le présenter au médecin (...) la cadre (...) accord (...) liste des patients (...) demande à la tutelle (...) on voit avec les patients (...) »	L'organisa- tion	Les autorisations	Il y a de la <b>logique d'établissement</b> dans la <b>logique institutionnelle</b> pour l'organisation d'une sortie. Elle sait réellement ce qu'il faut faire.
270 à 273	Donc ça, ça demande quand même pas mal de boulot. Mais ... après ça, il faudra que je vois ça demain. Mais je pense quand même que le bénéfice qu'on en retient après est plus que positif.	« (...) pas mal de boulot (...) le bénéfice qu'on en retient est plus que positif (...) »	L'organisa- tion	Charge de travail  Satisfaction	L'organisation et la réalisation d'une sortie thérapeutique lui donne une grande satisfaction.

274 à 277	<p><i>c 35- Donc ce projet-là va avoir lieu ?</i></p> <p>C 35- Oui !</p> <p><i>c 36- Et vous l'avez monté jusqu'au bout ?</i></p> <p>C 36- Oui ! (silence) Et ça fait du bien !</p>	« (...) Oui ! (...) Oui ! (...) (silence) Et ça fait du bien ! (...) »	La réalisation du projet	Plaisir	Nous contribuons à son renforcement positif. Le silence qui suit lui fait exprimer son plaisir.
278 à 279	<p><i>c 37- Qu'est-ce qui fait du bien ?</i></p> <p>C 37- Ben de se dire bon ben voilà, on a fait un projet</p>	« (...) se dire (...) on a fait un projet (...) »	Plaisir	Réalisation personnelle	La réussite de l'épreuve de l'organisation lui procure du plaisir.
279 à 282	et pis ben au moins on va voir les, les patients pas que dans le cadre de l'unité. On va les voir aussi dans le cadre de l'extérieur. Les voir, ben justement, évoluer vraiment dans ... dans ... comment dire ... dans ... dans la vie de tous les jours. Et pas que ... pas que ... dans l'unité.	« (...) voir (...) les patients pas que dans le cadre de l'unité (...) les voir aussi (...) extérieur (...) les voir évoluer (...) dans la vie de tous les jours (...) pas que ... dans l'unité (...) »	Plaisir	Observer les patients en dehors de l'unité.	<p>Son plaisir se nourrit également du bonheur des patients à sortir de l'unité, à rompre leurs habitudes d'enfermement.</p> <p><b>Logique institutionnelle</b></p>
283 à 289	<p><i>c 38- Et comment l'ont apprécié vos collègues ?</i></p> <p>C 38- Et ben, elles étaient très contentes. Elles ont été partantes tout de suite. Je leur ai dit « bon ben voilà, je serais pour faire la visite euh... » Bon ben par exemple enfin, à la champignonnière de BBB. Après, il y a un resto qui est pas très loin, ça pourrait ... donc être pas mal pour les patients, ça fait voir encore autre chose. Bon alors après, la dernière activité de la journée, c'est quelque chose qu'ils ont ... plus au moins l'habitude de faire, mais bon, ç'a été ....</p>	« (...) très contentes (...) partantes tout de suite (...) plus ou moins l'habitude de faire (...) »	Projet d'activités	Présentation à l'équipe	<p>Son projet a suscité l'enthousiasme de collègues pour l'accompagner. Elle est consciente que c'est une activité connue du service.</p> <p><b>Logique institutionnelle</b></p>
289 à 290	j'avais prévu autre chose mais bon c'était, c'était pas faisable dans les horaires. Alors on s'adapte toujours mais euh... les collègues euh... ben oui ...	« (...) j'avais prévu autre chose (...) pas faisable dans les horaires (...) on s'adapte toujours (...) »	Projet d'activités	Adaptabilité Négociation	Elle est très conciliante.

290 à 294	et pis c'est vrai que ... bon après, les collègues avec, avec lesquelles je fais la sortie, c'est des collègues qui ont déjà l'habitude justement de, de faire des sorties thérapeutiques. Donc elles, elles savent justement si ... elles savent justement comment les patients vont ... vont, vont être plus ou moins enfin, au moment de la sortie donc.	« (...) collègues (...) avec lesquelles je fais la sortie (...) déjà l'habitude (...) faire des sorties thérapeutiques (...) elles savent (...) comment les patients (...) vont être (...) au moment de la sortie (...) »	Projet d'activités	L'expérience des collègues	Les collègues initiées aux sorties thérapeutiques vont lui expliquer le comportement des patients. <b>Accompagnement initiatique</b> <b>Confiance émancipatrice</b> jusqu'à la finalisation du projet.
294 à 300	Euh... et pis c'est toujours agréable justement de, de voir que les patients sont vraiment autres parce que bon euh... juste euh... j'ai accompagné, j'ai été de journée, j'ai accompagné des patients à ... à la salle spectacle de, de ... de l'hôpital pour voir un film. Rien juste le fait de sortir de l'unité et d'aller voir un film euh... certains patients, enfin ... on voit tout de suite qu'ils sont beaucoup plus libérés ... plus ouverts ... alors même, c'est toujours dans l'enceinte de l'hôpital et on n'est plus dans l'unité.	« (...) c'est toujours agréable (...) de voir que les patients sont vraiment autres (...) le fait de sortir de l'unité (...) certain patients (...) beaucoup plus libérés (...) plus ouverts (...) »	Plaisir	Prendre soin des patients	Elle prend plaisir à voir que les patients sont détendus, plus accessibles lorsqu'ils sont pris en charge dans un contexte différent de l'enfermement. <b>Logique institutionnelle</b>
301 à 306	<i>c 39- Est-ce que je peux employer le mot choc entre la connaissance de la psychiatrie durant vos stages et ce que vous vivez au sein de votre unité ?</i>  C 39- Euh ... c'est pas vraiment le mot choc parce que ... le souci ... est que ... euh ... moi pendant mes stages, j'avais fait de la ... euh... comment ça s'appelle ... du, du polyhandicapé et ... de la psychiatrie active. Mais vraiment euh ... enfin, beaucoup plus active que ... qu'on fait là. Donc euh ... et ...	« (...) le souci (...) j'avais fait (...) de la psychiatrie active (...) beaucoup plus active (...) là (...) »	Rupture entre ses expériences de la psychiatrie	Psychiatrie active	
307 à 309	<i>c 40- Active ? Dans quel sens ?</i>	« (...) pas autant de patients chroniques (...) actuellement (...) »	Rupture entre ses	Patients chroniques	Elle relate la chronicité des patients mais elle

	C 40- Euh, enfin, vraiment, euh, disons que c'était pas, qu'ils avaient pas autant de patients chroniques que ... ce qu'on a euh... actuellement euh... dans le pavillon.		expériences de la psychiatrie	actuellement	pondère ses propos avec l'adverbe « actuellement ». elle garde l'espoir d'une situation passagère de la chronicité. <b>Logique d'établissement</b>
310 à 315	<i>c 41- Active ? Dans le sens de rotation rapide ?</i> C 41- Ouais. Et ... enfin, je pense qu'il y avait peut-être autant de ... enfin de ... de ... enfin au niveau de ... de patients, des, des schizophrènes, des psychotiques. Mais je sais pas, enfin c'est, c'est vrai que ... ben ... j'avais pas, pas le même ressenti ... enfin ... parce que en plus, pourtant moi, c'était vraiment aussi un pavillon fermé, mais ... enfin ... je sais pas, c'est, c'est ...	« (...) il y avait peut-être autant (...) patients (...) schizophrènes, des psychotiques (...) pas le même ressenti (...) aussi un pavillon fermé (...) »	Rupture entre ses expériences de la psychiatrie	Patients psychotiques dans son lieu de stage	Elle évoque aucune chronicité chez les patients qu'elle a rencontré dans son stage avec pourtant les mêmes patients et une même structure de soins : « c'était vraiment aussi un pavillon fermé » <b>Logique institutionnelle</b> Nous faisons le pari que son ressenti repose sur une différence de prégnance d'une logique dans chaque lieu.
316 à 323	<i>c 42- Il y avait plus d'activités ?</i> C 42- Ah ouais ! Alors euh... peut-être plus d'activités enfin je, j'arrive pas à ... alors, est-ce que c'était aussi parce que j'étais encore toujours élève, toujours en tant qu'étudiante et euh... le fait ben justement euh... ben euh... on pouvait se permettre justement de faire un peu plus d'activités. Et bon, j'étais en troisième année, donc euh, on faisait les médicaments. On faisait plus ou moins un peu comme, comme les infirmiers donc euh... enfin ... c'était, c'était bref, enfin c'était vraiment différent de la prise en charge. C'était pas du tout	« (...) Ah ouais ! (...) peut-être plus d'activités (...) est-ce que (...) toujours (...) étudiante (...) pouvait se permettre (...) Et bon, j'étais en troisième année (...) faisait (...) comme les infirmiers (...) vraiment différent (...) pas du tout pareil (...) rien à voir (...) »	Rupture entre ses expériences de la psychiatrie	Les activités	Sa réflexion l'amène à confirmer que les activités n'étaient pas réservées aux étudiants car elle faisait presque le même travail de l'infirmière. <b>Logique institutionnelle</b>

	pareil là, ça avait rien à voir.				
323 à 324	Moi, je ... j'avais gardé ça en tête et ... c'est vrai que finalement là les activités euh... ben malheureusement, on n'a pas trop le temps, quoi.	« (...) là les activités (...) malheureusement (...) pas trop le temps (...) »	Les activités	Temporalité	Lors de sa confrontation à la réalité du terrain en psychiatrie, elle regrette de ne pas avoir assez de temps ou trop de charge de travail pour des activités. <b>Logique d'établissement</b>
325 à 328	C'est, c'est vrai que finalement c'est dommage parce que ... c'est ... pour moi la psychiatrie ça allait euh... ça allait avec les activités justement pour pouvoir euh... voir le patient comment il se débrouille sur telle activité et pour euh... sa pathologie, voir son évolution hum ...	« (...) c'est dommage (...) pour moi la psychiatrie (...) ça allait avec les activités (...) pouvoir euh... voir le patient (...) activité (...) sa pathologie (...) son évolution (...) »	Les activités	Le sens du travail	Elle déplore vraiment de ne pas pouvoir appliquer sa conception du soin en psychiatrie. <b>Logique institutionnelle</b>
329 à 332	<i>c 43- Et vous avez des idées d'activités ?</i> C 43- Euh... bah, après euh... après ... des idées d'activités, le problème c'est que ... vu que là euh... je me sens pas à ma place euh... en psychiatrie et que j'ai demandé un changement de service ... je euh... (larmes aux yeux) (se retient de pleurer)	« (...) des idées d'activités, le problème (...) là (...) je me sens pas à ma place (...) en psychiatrie et que j'ai demandé un changement de service (...) (larmes aux yeux) (se retient de pleurer) (...) »	Marge de manoeuvre	Sa place dans l'équipe	Avec ce qu'elle nous a révélé précédemment sur le travail à faire, les activités, sur les patients et leur pathologie, elle n'est pas en souffrance par la spécificité de la psychiatrie ni par le contact de la psychose. Elle ressent un malaise dans le fonctionnement de l'équipe. personne ne semble s'insurger sur le manque d'accueil (pour elle ainsi que la cadre ) L'apparition de la charge émotionnelle à l'annonce de sa demande de changement de service témoigne d'un regret et

					d'un échec car elle voulait réellement s'intégrer à son arrivée. Absence d'accompagnement ? Accompagnement pour qu'elle rentre dans le rang ?
333 à 334	<i>c 44- Pas à votre place, c'est-à-dire ?</i> C 44- Euh... (pleurs) (silence) c'est ...	« (...) (pleurs) (silence) (...) »	Marge de manoeuvre	Sa place dans l'équipe	Compte tenu de l'émotion exprimée, nous cherchons à la soulager par une verbalisation. <b>Accompagnement thérapeutique de notre part.</b>
335 à 337	<i>c 45- Vous vous sentez rejetée ?</i> C 45- Non ! Du tout ! Non, mais c'est ... c'est ... et pis pas à ma place dans le sens où euh... je suis plus infirmière de, de soins généraux. J'ai besoin du, du soin technique.	« (...) Du tout (...) dans le sens (...) je suis une infirmière de, de soins généraux. J'ai besoin du, du soin technique (...) »	Marge de manoeuvre	Sa place dans l'équipe	Elle ne sent pas rejetée personnellement. Toutefois, elle s'affirme en tant qu'infirmière de soins généraux Admet-elle ainsi sa différence que lui pointerait l'équipe et la revendiquerait-elle en même temps ? <b>Accompagnement de moulage ?</b> qu'elle réfute.
337 à 342	Ce soin, en fait, finalement, ce soin technique est encore, enfin, on a quand même finalement, encore un peu de soins relationnels ... avec les patients. Et finalement, c'est plus ça qui me ... qui m'apporte, qui me permet de m'épanouir, que là, en fait, j'ai l'impression de, de, là avec les patients, de faire le flic et ça m'intéresse pas ... ça m'intéresse pas. (larmes aux yeux)	« (...) ce soin technique (...) soin relationnel ... avec les patients (...) qui m'apporte, qui me permet de m'épanouir (...) là (...) l'impression (...) là avec les patients, de faire le flic (...) ça m'intéresse pas (...) »	Marge de manoeuvre	Le sens du soin	Elle a un profond intérêt pour le patient. elle dit clairement qu'elle s'épanouit dans le soin relationnel. Et paradoxalement, en psychiatrie elle découvre un rôle de maton qu'elle refuse.



343 à 349	<p><i>c 46- Comme bon nombre de vos collègues, vous avez fait cette formation pour soigner. Et souvent, vous ne voyez pas le soin, dans ce que vous faites.</i></p> <p>C 46- Non ! Non et pis ... le, le, enfin euh... passer son temps euh... comment dire, à ... à recadrer, à ...euh, enfin, à remettre les limites, enfin euh... j'ai, j'ai, enfin, j'ai pas l'impression, enfin, c'est, c'est tous les jours, tous les jours qu'on le rabâche. Enfin euh... c'est ... je dirai pas que ça devient lassant parce que c'est, c'est pas ça. Mais, c'est que ... euh... enfin euh ... je me vois pas faire ça euh... encore indéfiniment.</p>	« (...) passer son temps (...) à recadrer (...) à remettre les limites (...) tous les jours qu'on le rabâche (...) je me vois pas faire ça (...) indéfiniment (...) »	Le sens du soin	« le rôle de flic »	Elle refuse de se mouler à cette pratique de « flicage ». <b>Logique d'établissement</b>
349 à 352	<p>Je ... pourtant, les patients, je pense que ... enfin ... les patients euh... si j'en avais vraiment marre des patients, je pense que là je ferai pas la sortie. Ça n'a rien à voir avec ça. C'est juste que moi, j'ai, enfin, là, j'ai, j'ai besoin d'autre chose et ... voilà. (larmes aux yeux)</p>	« (...) pourtant (...) si j'en avais vraiment marre des patients (...) je ferai pas la sortie (...) j'ai besoin d'autre chose (...) »	Le sens du soin	Le relationnel	Cependant, elle n'attribue pas la cause aux patients car elle organise volontiers une sortie. Elle s'inscrit dans la <b>Logique institutionnelle</b> Elle se refuse de se mouler à la <b>Logique d'établissement</b>
355 à 359	<p><i>c 47- Vous pensez que l'établissement hospitalier ... le service de psychiatrie ... ne prend pas soin de vous ?</i></p> <p>C 47- C'est, en fait le, le problème, c'est que euh... je pense que c'est plutôt un problème de ... national. C'est tous les hôpitaux qu'il y a pas suffisamment de budget et c'est ... j'ai l'impression que finalement, on est ... on est un peu laissé pour compte au niveau de l'Etat, qu'il y a pas les budgets qui faudrait et que ... et que ... l'Etat ne se</p>	« (...) le problème (...) national (...) tous les hôpitaux (...) pas suffisamment de budget (...) laissé pour compte au niveau de l'Etat (...) pas les budgets (...) l'Etat ne se rend pas compte de ... des problèmes (...) »	Manque de considération du service	Manque de considération de l'Etat	Elle n'incombe pas la responsabilité à l'établissement ou au service mais à l'Etat. Celui-ci ne donne pas assez les moyens nécessaires pour sa mission. <b>Logique d'Institution</b>

	rend pas compte de ... des problèmes qu'il y a.				
359 à 361	Il faut faire des économies. Il faut faire des économies. On fait des économies de bout de chandelle mais à côté de ça, finalement, on oublie les patients.	« (...) faut faire des économies (...) des économies de bout de chandelles (...) on oublie les patients (...) »	Manque de considération de l'Etat	Les moyens financiers	Elle affirme que les économies réalisées sont minimales et au détriment des patients. <b>La logique d'Institution impose des directives suivies par la logique d'établissement mais le résultat va à l'encontre des missions de la logique d'Institution.</b>
361 à 363	Oui, on dit la charte des patients, tout ça, les droits des patients, mais euh comment faire ... euh... des choses correctes quand on nous donne, enfin quand on nous donne pas les moyens.	« (...) la charte des patients (...) les droits des patients (...) comment faire (...) des choses correctes (...) quand on nous donne pas les moyens (...) »	Le manque de moyens	La qualité des soins	La charte des patients et les droits des patients sont des piliers de la qualité des soins. Elle ne parle même pas de qualité mais de travail correct (« choses correctes ») qui est déjà impossible faute de moyens. <b>Logique d'établissement</b>
363 à 367	C'est pas possible ! Pas possible de prendre en charge euh ... trente, trente deux voire euh trente quatre patients avec juste que trois infirmiers. Et quand je dis juste que trois infirmiers, c'est quand justement, on est de week-end et que ... on est du soir parce que là, on n'est que trois infirmiers. Trois infirmiers pour trente quatre patients,	« (...) pas possible (...) trente quatre patients avec trois juste que trois infirmiers (...) »	Le manque de moyens en personnel	La charge de travail Le nombre de patients à prendre en charge	Malgré toute sa bonne volonté auprès du patient, elle s'insurge sur le ratio du personnel eu égard au nombre de patients. <b>Logique d'établissement</b>
367 à 370	parce qu'on arrive justement des fois jusqu'à les deux chambres d'isolement euh ... pleines alors que ... toutes les autres chambres sont, sont pleines déjà. Pour moi, c'est pas possible ! Faut gérer et les repas, et les changes, et ... les entrées, et ... les	« (...) les deux chambres d'isolement (...) pleines (...) les autres chambres (...) pleines déjà (...) c'est pas possible (...) les repas (...) les changes (...) les entrées (...) les retours de perm (...) Trois personnes, c'est pas faisable	Le manque de moyens en personnel	La charge de travail	Le manque de personnel a forcément une influence sur la charge de travail. <b>Logique d'établissement</b> Elle ne distingue plus les patients des soignants

	retours de perm. C'est pas faisable ! Trois personnes, c'est pas faisable pour trente quatre personnes ! ...	pour trente quatre personnes (...) »			dans le besoin de soin : « trois personnes, c'est pas faisable pour trente quatre personnes ! » <b>Logique institutionnelle</b>
371 à 372	Donc c'est, c'est effectivement l'établissement qui ne fait pas ce qu'il faut, mais parce que, malheureusement, l'Etat ne lui en donne pas les moyens.	« (...) c'est effectivement l'établissement qui ne fait pas ce qu'il faut, mais parce que, malheureusement, l'Etat ne lui en donne pas les moyens (...) »	Manque de considération du service	Manque de considération de l'Etat	<b>La logique d'Institution ne donne pas les moyens nécessaires à la logique d'établissement pour répondre à leurs missions respectives.</b>
373 à 376	<i>c 48- Donc dans tout ça, vous n'avez pas de marge de manœuvre</i> C 48- Non ! <i>c 49- A cause du fonctionnement ?</i> C 49- Hum (se retient de pleurer)	« (...) Non ! (...) Hum (se retient de pleurer ) (...) »	La marge de manœuvre	Le fonctionnement	Ne pas pouvoir soigner convenablement les patients lui génère de la souffrance. <b>Logique d'établissement</b>
377 à 380	<i>c 50- Et sinon ... quel est votre savoir-faire que vous aimeriez partager ? Faire du soin avec ... pour les patients ? Des activités qui vous animent sur le plan personnel ?</i> C 50- Moi, je sais ce que j'adore c'est, c'est faire de la cuisine. Après, j'aime bien le côté esthétique.	« (...) j'adore (...) faire de la cuisine (...) j'aime bien le côté esthétique (...) »	<b>Plaisir</b>	Les activités personnelles	Compte tenu de l'apparition de son état émotionnel, nous orientons l'entretien sur ce qu'elle aime faire. <b>Accompagnement thérapeutique de notre part.</b>
380 à 389	Je sais que, je sais que durant mes stages justement, les activités que j'avais pu faire avec euh... avec certaines de mes patientes, c'était justement ... on avait eu le droit d'aller dans la salle d'esthétique euh... des éducateurs donc euh... et c'est vrai que finalement le soin d'esthétique ... pour certains patients qui ...des fois, on dit que ben ... des fois, ils aiment pas être touchés ou que ce soit, ben ...un	« (...) durant mes stages (...) les activités que j'avais pu faire (...) avec certaines de mes patientes (...) le droit d'aller dans la salle d'esthétique (...) des éducateurs (...) le soin d'esthétique ... pour certains patients (...) un toucher ... thérapeutique (...) ça apporte énormément de choses (...) franchir certaines barrières (...) un lâcher prise (...) peut être bénéfique	Plaisir Activité personnelle	Plaisir Activité thérapeutique	Durant son stage, elle a eu l'expérience d'utiliser une activité qu'elle apprécie personnellement comme médiateur thérapeutique. Elle a réalisé tout le bien fondé thérapeutique que pouvait apporter son loisir auprès des patients. <b>Logique institutionnelle</b>

	toucher ... je dirai pas médical, mais un toucher ... thérapeutique, des fois, ça apporte énormément de choses. C'est... enfin ... ça permet de, de franchir certaines barrières et que ... parce que finalement, comme on touche, on est vraiment dans la distance euh... ben dans la distance intime. Et des fois, ça fait tomber tellement de, de barrières tellement de ... de ... il y a un lâcher prise et ... qui des fois peut être bénéfique pour certains patients	pour certains patients (...) »			
389 à 391	et que finalement euh... enfin, moi je sais ben, activité esthétique, activité cuisine, c'est des choses qui ...qui me plaisent.	« (...) activité esthétique (...) activité cuisine (...) me plaisent (...) »	Plaisir Activité personnelle	Plaisir Activité thérapeu- tique	Ce sont des activités qui lui plaisent personnellement. <b>Logique institutionnelle</b>
393 à 394	<i>c 51- Et vous avez pu en faire ?</i> C 51- Ben là, je vous dis, le week-end dernier, on a eu le temps, avec mes collègues de pouvoir euh... faire un ... un gâteau	« (...) le week-end dernier, on a eu le temps (...) un gâteau (...) »	Plaisir Activité personnelle	Temporalité	Improviser une activité oblige d'avoir du temps. <b>La logique institutionnelle</b> nécessite des possibilités de temps pour ces actions.
394	parce que aussi on avait les ingrédients.	« (...) parce que aussi (...) les ingrédients (...) »	Plaisir Activité personnelle	Les moyens nécessaires	Des moyens aussi ! <b>Logique institutionnelle</b>
394 à 398	Et euh... et pis ben c'est vrai qu'avec les patients bon ben voilà. Ils peuvent goûter en même temps. C'est eux qui l'ont fait. C'est pas amené par les cuisines. C'est vrai que ...en plus on l'a goûté euh... ben euh ... pour le euh... pour l'heure du goûter. Donc c'est vrai que ... ils étaient super contents quoi.	« (...) les patients (...) peuvent goûter en même temps. C'est eux qui l'ont fait (...) en plus on l'a goûté (...) pour l'heure du goûter (...) ils étaient super contents (...) »	Activité thérapeu- tique	Le plaisir de la réalisation	Nous repérons que durant cette activité, elle ne mentionne aucune intervention de recadrage de patients. Bien au contraire, ils exprimaient leur joie. <b>Logique institutionnelle</b>
399 à 404	<i>c 52- Vous parlez d'ingrédients, c'est que c'est parfois compliqué d'avoir des ingrédients ?</i>	« (...) pour faire une activité cuisine, il faut prévoir avec les cuisines (...) leur faire la commande (...) nous livrent	Activité cuisine	Préparation Aucune improvisa-	Improviser une activité est difficile lorsqu'elle exige un minimum de

	C 52- Ben ... oui, par ce que, en fait, finalement, pour faire une activité cuisine, il faut prévoir avec les cuisines. Il faut qu'il y ait, il faut leur faire la commande, qu'ils nous livrent donc euh... ou alors, sinon, il faut aller les acheter, enfin, parce que on a, on a ... on a pas ... pas forcément tous les ingrédients, par exemple, pour faire un gâteau ... tous les jours.	(...) sinon (...) les acheter (...) pas forcément tous les ingrédients (...) tous les jours (...) »		tion	moyens ou l'intervention d'autres services de l'établissement. <b>Logique d'établissement</b>
405 à 410	<i>c 53- C'est facile d'avoir des œufs ?</i> C 53- Euh... et encore si on peut appeler ça des œufs ! Parce que c'est des ... le jaune, le blanc, tout est mélangé, et on vous livre ça dans un sachet en plastique. Donc euh, je trouve pas ça tellement terrible ! <i>c 54- A cause de l'hygiène ?</i> C 54- J'imagine ! J'imagine !	« (...) si on peut appeler ça des œufs (...) le jaune, le blanc, tout est mélangé (...) dans un sachet en plastique (...) pas ça tellement terrible (...) » « (...) l'hygiène ? (...) J'imagine ! (...) »	Activité cuisine	Les normes qualité	Un établissement public ne peut plus fournir de « vrais » œufs, normes qualité obligent ! <b>Logique d'établissement</b>
410 à 413	Donc après, c'est toujours pareil, si on veut vraiment faire une recette un petit peu ... un petit peu ... un peu plus euh... un peu plus euh... gourmande entre guillemets, ben ... il faut aller faire les courses. Donc, il faut prévoir le temps pour aller faire les courses.	« (...) faire une recette (...) gourmande (...) faut prévoir le temps pour aller faire faire les courses (...) »	Activité cuisine	Temporalité Anticipation	Une activité qui demande de la préparation est tributaire de la charge de travail du moment.
413 à 415	Mais, ça peut être aussi une activité thérapeutique pour les patients. Parce que justement, d'aller euh... faire les courses, de gérer le budget, tout ça. Et pis après de, de faire la cuisine.	« (...) aussi une activité thérapeutique (...) faire les courses, de gérer le budget (...) faire la cuisine (...) »	Activité cuisine	Activité thérapeutique et de socialisation	Et pourtant, de façon implicite, elle rappelle que c'est une activité thérapeutique importante pour l'autonomie des patients. <b>Logique d'établissement et logique</b>

					<b>institutionnelle pour des l'autonomie des patients.</b>
415 à 418	Et c'est vrai, finalement, c'est plus les étudiants qui ont le temps de faire ça ... que nous ! Parce que c'est vrai quand on a des étudiants, c'est vrai qu'ils font souvent l'activité cuisine et ... aller chercher, faire les courses avec eux et tout.	« (...) finalement, c'est plus les étudiants qui ont le temps de faire ça (...) ils font souvent l'activité cuisien (...) faire les courses avec eux et tout (...) »	Activité cuisine	Temporalité Effectif	Elle signale que les étudiants investissent cette forme de soins. Elle se rend peut-être compte de la rupture entre étudiants qui peuvent facilement faire les activités et les soignants qui n'ont plus le temps. <b>Les étudiants assurent l'existence de la logique institutionnelle dans les établissements de santé.</b>
418 à 419	Mais, je trouve ça dommage ! Parce que c'est pareil, c'est des activités, c'est des activités pour tous les jours, enfin surtout la cuisine.	« (...) je trouve ça dommage (...) c'est des activités pour tous les jours (...) surtout la cuisine (...) »	Activité cuisine	Activités de la vie quotidienne	Elle regrette que cette activité ne soit pas reconnue et utilisée à sa juste valeur thérapeutique. <b>La logique d'établissement ne reconnaît pas l'activité cuisine comme un soin qui pourrait thérapeutique.</b> <b>La logique institutionnelle admet l'organisation de la vie quotidienne comme faisant partie des soins.</b>
420 à 423	<i>c 55- Dans les activités que vous proposez, vous sentez-vous soutenue par l'équipe par rapport à des pathologies psychiatriques qui sont pas faciles ?</i> C 55- Ben, c'est vrai que, au moment des relèves,	« (...) moment des relèves (...) on échanges beaucoup (...) suivant les patients (...) »	Le soutien L'aide reçue La reconnaissance	Les temps de relèves	La question est trop longue et surtout mal formulée car elle peut avoir trois orientations différentes. Le verbe échanger sous

	on parle beaucoup, on échange beaucoup suivant euh... ben suivant euh... suivant les patients. Et donc euh...				entend une certaine parité et d'égalité entre les soignants <b>Confiance réciproque</b>
424 à 431	<i>c 56- Vous parlez beaucoup, c'est-à-dire ?</i> C 56- C'est-à-dire, on, on, on échange parce que suivant tel patient, ben ... les, euh... c'est vrai que ... euh... on, on fait des transmissions par rapport à ce qui c'est passé sur le, sur le jour euh... bon ça va être les démarches administratives, ça va être tout le reste, enfin euh... voilà. Mais aussi, si j'avais une certaine difficulté avec ce patient-là, ben voilà euh... « aujourd'hui euh, pour moi ç'a été plus difficile ... » euh... et pis, c'est vrai que des fois ça engage d'autres personnes : « ah ben oui, effectivement, hier, ç'a été un peu difficile », mais euh on essaie de trouver des solutions ...	« (...) on échange (...) transmissions par rapport à ce qui c'est passé (...) une certaine difficulté (...) ça engage d'autres personnes (...) « (...) oui, effectivement, hier ç'a été un peu difficile » (...) on essaie de trouver des solutions (...) »	La reconnaissance	Etre écoutée	Elle associe le soutien de l'équipe avec une certaine reconnaissance de ce qu'elle dit. <b>Confiance réciproque</b>
432 à 439	<i>c 57- Vous pouvez parler de votre ressenti,</i> C 57- Oui. <i>c 58- Et pas seulement que sur le factuel</i> C 59- Oui <i>c 60- Et cela vous apporte quelque chose ?</i> C 60- Ben oui, parce que finalement, on se rend compte que ben voilà euh... d'autres personnes euh... ont la même difficulté avec ce patient-là alors que d'autres non. Ben on essaie de ... de comprendre et on essaie d'adapter.	« (...) se rend compte (...) d'autres personnes (...) mêmes difficultés avec ce patient-là alors que d'autres non (...) essaie (...) de comprendre (...) d'adapter (...) »	Les relèves (réunions)	Le ressenti	Lors de ces réunions, elle peut librement parler de ses ressentis vis-à-vis des patients. Une confiance mutuelle est alors nécessaire pour bien échanger sur les prises en charges et comprendre leurs conséquences. <b>Confiance réciproque</b>

440 à 443	<p><i>c 61- Est-ce que dans ces échanges, on vous donne des pistes ? Est-ce que cette aide vous apporte professionnellement ?</i></p> <p>C 61- Euh... oui, parce que, ben après, pour la prise en charge du patient, ben c'est quand même mieux. Ben, vu qu'on échange entre nous pour pouvoir justement, enfin euh...</p>	« (...) pour la prise en charge du patient (...) mieux (...) échange entre nous pour pouvoir justement (...) »	<b>L'aide reçue</b>	Cohérence des prises en charges	Elle voulait sûrement dire le verbe « adapter ». Peut-être attendre plus longtemps avant de relancer (?). <b>Confiance réciproque</b>
444 à 452	<p><i>c 62- Est-ce qu'il y a un apport théorique ? Un apport clinique dans ces échanges ?</i></p> <p>C 62- Théorique ? Euh... euh... non. Après, moi je sais que euh... ça, ç'a toujours été le cas, si jamais euh... j'ai des vraiment de ... euh... comment dire, j'ai des questions à poser au médecin, je vais lui poser : « tiens, pourquoi, là, pour tel patient, tu fais ... tu fais comme ça ? » ou enfin, voilà, « là, je comprends pas » et je sais que, avec le médecin qu'on a actuellement, je sais qu'on peut lui poser des questions, elle nous répondra donc euh...</p> <p><i>c 63- Cela vous aide</i></p> <p>C 63- Ouais, ouais. Mais j'ai toujours fonctionné comme ça avec euh, avec les médecins euh... si je comprends pas quelque chose euh... voilà, je vais demander.</p>	<p>« (...) toujours été le cas (...) questions à poser au médecin, je vais lui poser (...) « pourquoi, là pour tel patient (...) tu fais comme ça » (...) elle nous répondra (...) »</p> <p>« (...) j'ai toujours fonctionné comme ça (...) comprends pas (...) vais demandé (...) »</p>	<b>L'aide reçue</b> Théorie	Le médecin	<p>Pour un apport théorique, elle n'hésite à interpeller le médecin. C'est habituel chez elle.</p> <p>La formulation des questions au médecin souligne une action en cours : « pourquoi, là, pour tel patient (...) tu fais comme ça ? ». Nous repérons alors un <b>accompagnement initiatique</b></p>
543 à 457	<p><i>c 64- Vous demandez plus au médecin qu'aux autres ?</i></p> <p>C 64- Non, parce que après euh... avec les collègues du coup on échange en fait donc euh... euh... c'est ... j'ai moins besoin d'aller ...</p>	« (...) avec les collègues (...) on échange, j'ai des réponses (...) qui me sont données (...) naturellement (...) »	<b>L'aide reçue</b>	Collégiale	Il y a bien une <b>confiance réciproque</b> car elle s'appuie sur les discussions échangées et l'équipe l'écoute et ne lui fait aucun reproche sur ses prises en charge donc



	demander pourquoi parce que finalement, vu qu'on échange, j'ai des réponses qui ... qui donnent le ... qui, ben qui me sont données euh ... voilà, naturellement.				elle a confiance sur son application dans le travail.
458 à 463	<p><i>c 65- Dans le quotidien, vous vous sentez quand même épaulée ?</i></p> <p>C 65- Hum... au tout début, c'était ça, après, de toute façon, il faut pas se leurrer. Au début, j'avais l'impression que c'était chacun pour soi. Euh... après, il y a eu pas mal de ... remaniement dans l'équipe ...euh... pas mal d'arrivées donc euh... ç'a pas toujours été ... très évident euh... là, on va dire que depuis euh ... allez ... depuis deux bons mois, c'est quand même ... c'est quand même mieux. Euh... c'est ...</p>	« (...) au tout début, c'était ça (...) faut pas se leurrer. Au début, j'avais l'impression que c'était chacun pour soi (...) remaniement dans l'équipe (...) pas mal d'arrivées (...) pas toujours (...) évident (...) depuis deux bons mois (...) mieux (...) »	Le soutien de l'équipe	Instabilité de l'équipe	Elle a évoqué un ISP sur le départ un mois après sa prise de poste, l'arrivée de la cadre partageant avec elle la même absence d'accueil. De toute évidence, c'était une équipe en très grande instabilité.
464 à 468	<p><i>c 66- Qu'est-ce qui fait que c'est quand même mieux depuis deux mois ?</i></p> <p>C 66- Ben parce que on a eu encore une réunion, une réunion d'équipe, parce que on avait eu euh... il y avait ... eu ... un certain problème euh... en fin d'année dernière qui, qui s'était plus ou moins réglé donc ben après, il y a eu des non-dits et de toute façon comme dans n'importe quelle équipe,</p>	« (...) encore une réunion (...) problème (...) en fin d'année dernière (...) plus ou moins réglé (...) des non-dits (...) »	Instabilité de l'équipe	Problèmes Non-dits	
468	on a été mis ... mis là	« (...) on a été mis ... mis là (...) »	Instabilité de l'équipe	Nombreux départs	D'après tous ses propos, les nouveaux devaient combler tous les postes vacants dus aux nombreux départs.

468 à 472	euh... suite à une réunion au mois de janvier. Et c'est que là, on commence à avoir un peu plus une cohésion d'équipe. Et donc c'est vrai que c'est beaucoup plus agréable de travailler comme ça. Moi, voilà, moi, j'ai demandé à partir, et je sais que je l'ai pas caché à mes collègues. Je leur ai expliqué. Je leur ai dit pourquoi.	« (...) réunion au mois de janvier (...) on commence à avoir (...) cohésion d'équipe (...) plus agréable (...) demandé à partir (...) l'ai pas caché (...) expliqué (...) dit pourquoi (...) »	Cohésion d'équipe en cours	Changement d'affectation	Une stabilité est en cours mais elle maintient sa volonté de partir. Elle s'en est expliquée dans une certaine confiance perceptible. <b>Confiance réciproque</b>
473 à 475	<i>c 67- Et alors ?</i> C 67- Ben, ils le comprennent, parce que de toute façon depuis que je suis arrivée, j'ai toujours dit que ... voilà, moi j'avais travaillé dans les soins généraux	« (...) ils le comprennent (...) depuis que je suis arrivée, j'ai toujours dit (...) les soins généraux (...) »	Changement d'affectation	Compréhension de l'équipe	Apparemment, elle s'est toujours positionnée pour les soins généraux.
475 à 480	et que ... et toute façon, même le, le ... par exemple, moi, le week-end euh... je travaille toujours euh... avec les mêmes personnes, donc le week-end, si jamais il y avait des soins techniques, ils me les laissent parce que ils savent enfin, voilà euh... comme je suis un peu en manque de soins techniques, donc euh... ils savent très bien que ... pas de problème, on les laisse à Caroline, et voilà.	« (...) le week-end (...) je travaille (...) les mêmes personnes (...) des soins techniques, ils me les laissent (...) ils savent (...) suis en manque de soins techniques (...) les laisse à Caroline (...) »	Changement d'affectation	En manque de soins techniques	Finalement, elle a réussi à trouver sa place dans l'équipe, notamment le week-end pour assurer les soins techniques. <b>Confiance réciproque</b>
481 à 485	<i>c 68- Qu'est-ce que vous auriez souhaité comme aide ? Et qu'est-ce que vous proposeriez comme aide aux futurs collègues qui vont arriver ?</i> C 68- Ben euh... déjà que ... bon là, actuellement, de toute façon, il y a une euh, il y a une euh... il y a une cadre, donc je pense que déjà ... le jour où il y a quelqu'un qui arrive, je pense que déjà, elle a soit euh...	« (...) bon là, actuellement (...) il y a une cadre donc (...) le jour où quelqu'un arrive (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	La présence d'un cadre	Elle fait <b>confiance</b> à l'accueil de sa cadre.
485 à	enfin ... le fait aussi qu'il faut, qu'il faut resituer	« (...) faut resituer (...) j'arrivais d'une	La rupture	L'accueil	Elle reprend son contexte

489	c'est que moi j'arrivais d'une autre région. J'étais pas du tout de la porte d'à côté. J'avais vu quand même la cadre au mois de mars et qu'on était le mois d'août, j'aurai juste aimé qu'elle me reprenne ... juste voilà : « bonjour, est-ce que vous vous souvenez du service ? » enfin voilà.	autre région (...) pas du tout de la porte d'à côté (...) la cadre au mois de mars (...) mois d'août (...) j'aurai juste aimé qu'elle reprenne (...) « (...) vous vous souvenez du service ? » (...) »			pour souhaiter que l'on prenne en considération la rupture subie par un déménagement et la nécessité de tout ré expliquer. <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance abandon</b>
489 à 491	Mais ... et le, le logiciel euh... enfin sur lequel, on fait les transmissions, je ne le connaissais pas du tout, enfin ... ç'a été ... enfin voilà j'ai vraiment été, été lâchée comme ça.	« (...) le logiciel (...) le connaissais pas du tout (...) j'ai vraiment été, été lâchée comme ça.(...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Des informations sur les outils du service	Elle n'avait pas eu d'information sur les outils du service. Cela génère de l'insécurité. <b>Les outils de la Logique d'établissement sécurisent</b>
491 à 495	Donc là, je sais qu'au jour d'aujourd'hui ... là les collègues avec qui je travaille, c'est ... comment dire, c'est ... c'est quand même ... mieux dans le sens où je sais que ... parce qu'on a eu deux autres personnes, une qui est arrivée fin décembre et une autre au mois de janvier. Elles ont été quand même beaucoup plus ... plus accompagnées elles, déjà dès leur arrivée.	« (...) aujourd'hui (...) mieux (...) deux personnes (...) fin décembre et (...) fin janvier (...) beaucoup plus ... plus accompagnées elles, déjà dès leur arrivée (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Un accompagnement	Maintenant, les nouveaux soignants sont accompagnés. <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance abandon</b>
495 à 500	Est-ce parce qu'on avait un ... peu plus de temps ? J'en sais rien, enfin euh... et sachant que ... si, si, si, je crois qu'il y avait ... ils avaient été un peu, ils avaient été doublés. Mais de toute façon euh... après, est-ce que c'était ça le problème ? Parce que j'étais pas doublée, mais que j'étais quand même avec les autres personnes ? Ben bon, vu que on est trois, il faut bien faire le boulot. Il y a, il y a, il y a tout ça aussi. Donc est-ce que, ben justement euh...	« (...) plus de temps (...) avaient été doublés (...) d'être doublé (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Etre en doublon	Elle n'a jamais été en doublon. Elle se demande si cela aurait amélioré sa prise poste. <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance abandon</b>

	d'être euh... d'être doublé ?				
500 à 502	Déjà d'être pris par la cadre euh quand même euh voilà pour dire euh, pour dire les choses. C'est vrai que ce serait déjà beaucoup mieux, mais bon.	« (...) d'être pris par la cadre (...) pour dire les choses (...) ce serait déjà beaucoup mieux (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	L'accueil par le cadre de l'unité	Elle pense légitime que la cadre accueille le nouvel agent et donne les informations nécessaires. <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance abandon</b>
502 à 503	Après, je sais très bien qu'en arrivant au mois d'août euh, c'est les vacances. Mes collègues ne peuvent pas forcément,	« (...) mois d'août (...) vacances (...) collègues ne peuvent pas forcément (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Attention aux périodes de vacances	La période de vacances, avec les effectifs réduits, n'est pas propice à un bon accueil. <b>Confiance abandon</b>
503 à 505	mais c'est vrai que je ... c'est quand même pas évident d'arriver dans un service comme ça quand en plus on ... quand on change d'établissement et qu'on connaît rien à l'établissement.	« (...) pas évident d'arriver dans un service comme ça (...) quand on change d'établissement (...) qu'on connaît rien à l'établissement (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	De la considération pour la rupture subie	Elle souhaite que l'on prenne en considération la personne qui déménage car elle n'a plus aucun repère. <b>Confiance abandon et accompagnement thérapeutique souhaité</b>
506 à 508	<i>c 69- Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ? Vous faire annuler votre demande de changement ?</i> C 69- Non ! Rien !	« (...) Non ! Rien ! (...) »	<b>Fidélisation dans le service</b>	Partir	
509 à 514	<i>c 70- On vous a laissé un espoir sur une date ?</i> C 70- Euh... ben que ... que ce serait sûrement après l'été comme ça peut être peut-être avant l'été ... voilà. <i>c 71- Mais toujours dans cet établissement-là ?</i> C 71- Pour l'instant, toujours dans cet établissement-là. Je laisse toujours le bénéfice du	« (...) sûrement après l'été (...) peut-être avant l'été (...) Pour l'instant (...) dans cet établissement-là (...) le bénéfice du doute à l'établissement (...) »	<b>Fidélisation dans l'établissement</b>	Possibilité de s'investir	Elle fait <b>confiance</b> à l'établissement pour maintenir son changement d'affectation autour des vacances d'été.

	doute à l'établissement.				
514 à 519	Tout en sachant que, comme j'ai vu euh hier la directrice des soins, que je lui ai fait part que ...vu ... euh ... mon lieu d'habitation et de résidence, que j'étais, enfin que j'habitais pas très loin d'autres euh enfin, j'habitais pas très loin d'un autre, d'un autre établissement, donc si jamais ils, enfin si jamais euh ... si jamais la réponse tardait à venir ... euh ... j'ai déjà fait d'autre mutation, moi ça me dérange euh en aucun cas.	« (...) en sachant (...) vu hier (...) la directrice des soins (...) lui ai fait part (...) mon lieu d'habitation et de résidence (...) j'habitais pas très loin (...) d'un autre établissement (...) si jamais le réponse tardait venir (...) fait d'autre mutation (...) ça me dérange euh en aucun cas (...) »	<b>Fidélisation dans l'établissement</b>	Possibilité de partir	Son lieu de résidence est important car il n'est pas tributaire de ce centre hospitalier. D'autres opportunités s'offrent à elle. Elle ne subira pas un autre manque de considération
520 à 521	<i>c 72- Bien, je vous remercie</i> C 72- Mais de rien, c'est moi qui vous remercie.				

### VIII. 6. 3. Tableau analyse d'entretien Dorothée

N° de lignes	Corpus	Unités de sens	Thèmes	Sous thèmes	Commentaires
2 à 7	<p><i>d 1- Bien, je vous remercie de passer quelques temps avec moi pour cet entretien. Dans un premier temps, est-ce que vous voulez bien vous présenter sur le plan personnel, sur le plan professionnel et si vous le voulez bien sur le plan familial ?</i></p> <p>D 1- Hum, hum. Donc euh je m'appelle Dorothée XXX. J'ai 42 ans. J'habite à YYY et donc je suis infirmière diplômée de la formation 2005 à 2008. Donc diplômée en novembre 2008.</p>	« (...) 42 ans (...) diplômée en novembre 2008 (...) »	Généralités	Infirmière	Infirmière diplômée avant la dernière réforme. Maturée professionnelle
7 à 11	Euh... je suis euh... une ancienne aide soignante, diplômée de 1994. Euh... j'ai toujours exercé dans le métier médical donc aide soignante. J'ai commencé au tout début de ma carrière, j'étais euh ASH. Ensuite, j'ai fait de l'aide à domicile. J'ai passé le concours d'aide soignante en 94. J'ai été à l'école, diplômée de l'aide soignante en 94. Ensuite, 2005 - 2008 ... diplômée d'infirmière.	« (...) ancienne aide soignante, diplômée de 1994 (...) toujours exercé dans le milieu médical (...) ASH (...) aide à domicile (...) aide soignante en 94 (...) 2008 ... diplômée d'infirmière (...) »	Généralités	Métiers sur autrui	Elle a toujours exercé un métier sur autrui. Elle est partie du plus petit niveau des carrières hospitalières
11 à 13	Voilà. Et donc j'exerce actuellement dans le service de AAA depuis un an, donc depuis janvier, février 2011 euh 2012 pardon. Et ... Sortie du diplôme, j'ai travaillé euh... tout de suite sur le, le pôle psychiatrique de ZZZ.	« (...) sortie du diplôme (...) tout de suite (...) pôle psychiatrique (...) »	Généralités	En psychiatrie depuis 2008	Dès l'obtention du diplôme, elle intègre le pôle de psychiatrie
13 à 16	Je suis dans l'hôpital de ZZZ, je suis en ... en ... en formation professionnelle. J'étais en formation professionnelle. Donc j'ai un contrat avec l'hôpital	« (...) formation professionnelle (...) contrat (...) de cinq ans (...) »	Généralités	Formation professionnelle	Elle a un contrat de 5 ans avec ce centre hospitalier.

	d'une durée de cinq ans. Voilà.				
17 à 18	<p><i>d 2- Donc en tant qu'infirmière, vous avez toujours travaillé qu'en psychiatrie ?</i></p> <p>Dc2- Oui. Depuis que je suis diplômée, je ne suis qu'en psychiatrie.</p>	« (...) Depuis (...) diplômée (...) suis qu'en psychiatrie (...) »	Affectation	Expérience	Elle a donc plus de quatre ans d'ancienneté en psy
19 à 22	<p><i>d 3- Pouvez-vous me parler de votre intégration dans votre première unité en psychiatrie ?</i></p> <p>D 3- Euh... difficile ! Difficile parce que le souci a été de, d'une transition d'une période encore d'aide soignante parce que je n'ai pas le diplôme. Et le jour que j'ai été diplômée, j'étais infirmière. Et j'ai été sur le futur poste de future infirmière.</p>	« (...) difficile (...) souci (...) transition d'une période d'aie soignante (...) parce que (...) pas le diplôme (...) et le jour que j'ai été diplômée, j'étais infirmière (...) été sur le futur poste de futur infirmière.	<b>Intégration</b>	Transition difficile	En promotion professionnelle, dès la fin des cours, l'agent retourne travailler dans son établissement. Elle est affectée sur son futur poste mais elle n'est encore qu'AS tant que les résultats ne sont pas définitifs. <b>Logique d'établissement</b>
22 à 24	Et là, la transition a été compliquée puisque j'ai été accueillie en tant qu'aide soignante ... et à partir du 19 novembre, j'étais infirmière.	« (...) transition (...) compliquée (...) accueillie en tant qu'aide soignante (...) 19 novembre (...) infirmière (...) »	Accueil	Transition difficile	N'étant pas encore diplômée, elle est accueillie en tant qu'aide soignante. <b>Logique d'établissement</b>
25 à 29	<p><i>d 4- Qu'est-ce qui a été compliqué ?</i></p> <p>D 4- La prise de poste ! Justement, parce qu'on m'a fait travailler en tant qu'aide soignante jusqu'au 19 novembre.</p> <p><i>d 5- C'est-à-dire ?</i></p> <p>D 5- Ben, j'avais pas le droit de faire certains soins.</p>	« (...) la prise de poste ! Justement, parce qu'on m'a fait travailler en tant qu'aide soignante jusqu'au 19 novembre (...) pas le droit de faire certains soins (...) »	Accueil	Qualification	Après avoir réussi sa formation d'infirmière en partant du bas de l'échelle, l'équipe attend la justification de sa réussite pour la reconnaître comme infirmière. Sur la

					période transitoire, elle subit une fonction d'AS et ne lui reconnaît pas le droit de faire soins. <b>Logique d'établissement</b>
30 à 33	<i>d 6- Certes, au niveau des soins, mais euh... concernant les patients ? Concernant tout le reste ?</i> D 6- Alors sur le plan relationnel, il n'y a pas de changement, pour moi, là-dessus. Voilà. Que je sois infirmière ou aide soignante, la relation, elle est ... elle est telle qu'elle est.	« (...) sur le plan relationnel, il n'y a pas de changement (...) infirmière ou aide soignante (...) »	Qualification	Soins relationnels	Elle ne fait pas de différence dans sa relation à l'autre avant ou après sa formation d'infirmière. Elle garde la maîtrise de sa relation à l'autre. <b>Elle est dans une logique institutionnelle</b>
34 à 36	Après, dans le soin, tout change. Puisque je ne pouvais pas donner des réponses, enfin, ou euh... je ne pouvais pas, enfin toute l'approche infirmière, quoi, hein. Pas de glissement de tâches !	« (...) dans le soin tout change (...) Pas de glissement de tâches ! (...) »	Qualification	Pas de glissement de tâches	En revanche, elle n'a pas le droit de pratiquer des soins infirmiers avant la certification de son diplôme. <b>Logique d'établissement</b>
37 à 39	<i>d 7- Ni même dans les entretiens ? Dans le quotidien ?</i> D 7- Ouais ! Je m'occupais de l'intendance, voilà, de, des repas, de la lingerie et euh des toilettes donc voilà.	« (...) l'intendance (...) des repas, de la lingerie (...) des toilettes (...) »	Qualification	Pas de glissement de tâches	Elle est cantonnée à un travail d'aide soignant. <b>Logique d'établissement</b>
40 à 42	<i>d 8- Mais on vous tenait quand même au courant du travail infirmier ?</i>	« (...) certains (...) oui ! Mais ... pas en général. Parce qu'on m'a bien fait comprendre que j'étais aide soignante	<b>Aide reçue</b>	Equipe partagée	Une partie de l'équipe respecte la qualification du



	D 8- Non ! Certains collègues oui ! Mais ... pas en général. Parce qu'on m'a bien fait comprendre que j'étais aide soignante.	(...) »			diplôme. <b>Logique d'établissement</b>
43 à 48	<i>d 9- Et alors, le lendemain, le 19 novembre ?</i> D 9- On m'a dit que j'étais infirmière. <i>d 10- Et alors ?</i> D 10- Maintenant, tu sais ! Voilà. <i>d 11- Vous saviez quoi ?</i> D 11- Je savais ... voilà. Je savais travailler.	« (...) le 19 novembre ? (...) infirmière (...) Maintenant tu sais (...) Je savais (...) savais travailler (...) »	<b>Intégration</b>	Diplôme = savoir	Le diplôme assure la responsabilité d'actes. Une partie de l'équipe associe le diplôme avec le savoir. <b>Logique d'établissement</b>
48 à 51	Alors que ... non ! Non ... ç'a été très compliqué. (larmes aux yeux) (se retient de pleurer) <i>d 12- Qu'est-ce qui a été compliqué pour vous ?</i> D 12- Ben, l'intégration dans l'équipe.	« (...) très compliqué (...) l'intégration dans l'équipe (...) »	<b>Intégration</b>	Compliquée	<b>Elle est encore dans la confiance abandon</b>
51 à 53	Bon alors, pour certains bien, ils m'ont pris pour une jeune infirmière qui savait pas grand-chose et qui voulait travailler. Donc là, on m'a aidée.	« (...) pour certains (...) pris pour une jeune infirmière qui savait pas grand-chose (...) voulait travailler (...) on m'a aidée (...) »	Aide reçue	Reconnais- sance de l'inexpé- rien- ce	<b>Accompagnement thérapeutique Ou maïeutique</b>
53 à 54	Et pour d'autres personnes non. J'étais une ancienne aide soignante qui connaissait très bien les services euh... qui devait connaître son travail.	« (...) d'autres (...) non (...) ancienne aide soignante qui connaissait très bien les services (...) son travail (...) »	Aide reçue	Inutile	Le diplôme implique <b>la confiance réciproque</b>
55 à 63	<i>d 13- Dans cette différence entre les collègues à votre égard, est-ce qu'il y avait aussi des différences générationnelles ?</i> D 13- Tout à fait ! Tout à fait ! Les jeunes diplômés D. E. euh... n'étaient pas dans cette euh... envergure-là.	« (...) Les jeunes diplômés (...) était là vraiment pour m'aider (...) m'intégrer (...) montrer le travail (...) Des jeunes (...) »	Aide reçue	Les jeunes	Le verbe intégrer et sa présence depuis quelques semaines laissent supposer plutôt <b>un accompagnement initiatique</b>

	<p><i>d 14- C'est-à-dire ?</i></p> <p>D 14- Ils étaient là vraiment pour m'aider, pour m'intégrer dans l'équipe et pour me montrer le travail.</p> <p><i>d 15- L'aide, vous l'avez reçue des jeunes ?</i></p> <p>D 15- Des jeunes ! Hum ...</p>				
64 à 71	<p><i>d 16- Les anciens ne vous ont pas du tout aidée ?</i></p> <p>D 16- C'est pas le même, du tout le même rapport. Faut prouver des choses, c'est ça qui est dérangeant. (sourir)</p> <p><i>d 17- Pour vous, les anciens cherchaient à ... il fallait que vous fassiez vos preuves devant les anciens.</i></p> <p>D 17- Oui ... !</p> <p><i>d 18- Sans leur aide.</i></p> <p>D 18- Hum. (confirmation par des hochements de tête)</p>	« (...) Faut prouver (...) dérangeant (...) »	<b>Intégration</b>	Faire ses preuves	<p>L'intégration dans l'équipe par les anciens se fait pour la réussite d'épreuves.</p> <p><b>L'accompagnement initiatique</b> est réalisé par les jeunes (Athéna ?) pour la reconnaissance des anciens (dieux ?) Cela la met en grande difficulté.</p>
72 à 74	<p><i>d 19- Qu'est-ce que vous auriez souhaité comme aide ?</i></p> <p>D 19- Comme les jeunes faisaient. Me dire rien que le déroulement d'une journée, comment ça se passait, les entretiens, les papiers, l'administration.</p>	« (...) Me dire rien que le déroulement d'une journée (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Des informations	Elle souhaite obtenir des informations pour ne pas être dans l'inconnu.
74 à 76	Parce que c'est énorme l'administration euh... par rapport aux placements. Parce que j'étais dans un service justement où il y avait beaucoup de placements.	« (...) c'est énorme l'administration (...) beaucoup de placements (...) »	La charge de travail	L'administratif	<b>Logique d'établissement</b>

76 à 77	Donc euh... j'ai appris beaucoup par moi-même, je ... après, je savais à qui m'adresser. Donc euh j'ai travaillé dans ce sens-là ...	« (...) ai appris beaucoup par même (...) après, je savais à qui m'adresser (...) »	Aide reçue	Autodidacte	Nous identifions un <b>accompagnement initiatique</b> . Elle apprend dans l'action et a repéré ses accompagnateurs.
78 à 85	Le souci, aussi, c'est que nous sommes arrivés trop en même temps ... sur le même roulement d'équipe. <i>D 20- Tous en même temps ?</i> D 20- Des jeunes, enfin des nouveaux diplômés. <i>d 21- Combien à peu près ?</i> D 21- Nous étions quatre ... <i>d 22- Pour une équipe de combien ?</i> D 22- Euh ... quatorze ?	« (...) souci (...) arrivés trop en même temps (...) des nouveaux diplômés (...) quatre (...) quatorze (...) »	<b>Intégration</b>	Ressenti	Trop de nouveaux
86 à 90	<i>d 23- Le restant de l'équipe était très expérimenté ? Expérimenté ? Ou pas beaucoup ?</i> D 23- Ah non, non, bah il y avait de tout. C'était une vraiment une équipe euh... <i>d 24- Vous vous rappelez à peu près des proportions ?</i> D 24- Ben, il y avait encore des ISP. Et ... des jeunes diplômés de deux, trois ans et des un peu plus, voilà. Il y avait de tout, on va dire. Donc euh c'était vraiment euh voilà.	« (...) il y avait de tout (...) des ISP (...) jeunes diplômés de deux, trois ans et des un peu plus (...) de tout (...) »	L'expérience de l'équipe	Bien équilibrée	
91 à 92	Mais qui connaissaient très bien et puis qui avaient choisi eux la psychiatrie. Donc on sentait bien	« (...) avaient choisi eux la psychiatrie (...) on sentait bien qu'ils étaient bien	L'intégration	Choix de la psychiatrie	Elle associe la bonne intégration

	qu'ils étaient bien intégrés et qu'ils étaient bien ... ouais.	intégrés (...) »			dans l'équipe avec leur choix de la psychiatrie <b>Confiance réciproque entre les nouveaux et les anciens sur la volonté de s'investir en psychiatrie.</b>
93 à 97	<i>d 25- Et vous ? Vous l'aviez choisie la psychiatrie ?</i> D 25- Non ! ... Non, non ! ... <i>d 26- Vous l'avez vécue comme une contrainte ?</i> D 26- (grande inspiration) C'est un contrat que j'ai avec l'hôpital, oui ! Je, je l'ai ressentie comme ça !	« (...) non (...) contrat (...) ressentie comme ça (...) »	Choix de la psychiatrie	Contrainte du contrat	<b>Logique d'établissement</b> Contrat suite à la formation pour une promotion professionnelle
98 à 105	<i>d 27- Pendant combien de temps, avez-vous travaillé comme aide soignante dans cette unité ?</i> D 27- Un mois ! Un mois à peu près. <i>d 28- D'accord et toute l'équipe savait que vous étiez diplômée. Il suffisait d'attendre la délibération du jury.</i> D 28- Oui, oui ! Oui, oui, oui ! Oui, oui. Ils savaient tous que j'étais sur mon futur poste d'infirmier en tant qu'aide soignante ... J'étais marquée sur le planning infirmier mais faisant fonction d'aide soignante ...	« (...) un mois (...) Ils savaient tous que j'étais sur mon futur poste d'infirmier en tant qu'aide soignante (...) marquée sur le planning infirmier (...) faisant fonction d'aide soignante (...) »	L'intégration	La place dans l'équipe	Non seulement, ils ne considèrent pas comme les leurs en absence du diplôme, mais l'inscription sur le planning renforce le pouvoir du diplôme au détriment de la personne car seul le papier valorise la réussite de sa formation. <b>Logique d'établissement</b>
105 à 107	Alors après, la transition, là, elle est compliquée parce que de ... du jour au lendemain, on vous dit c'est bon, tu es infirmière. Euh... oui, mais c'est	« (...) transition (...) compliquée (...) du jour au lendemain (...) infirmière (...) c'est pas pour ça que je sais plus	La prise de poste	Transition difficile	La délibération du jury lui impute la responsabilité

	pas pour ça que je sais plus travailler euh ... voilà, quoi.	travailler (...) »			(logique d'établissement) d'une fonction qu'elle ne maîtrise pas (confiance abandon). Avec l'expérience du mois précédent, elle craint ne pas avoir d'accompagnement
108 à 111	<i>d 29- Vous insistez sur tout cet administratif. Est-ce que durant ce mois, on vous a justement expliqué cet administratif ?</i>  D 29- Non ! J'ai essayé mais on m'a plusieurs fois remise à ma place en me disant tu n'es pas encore infirmière. (silence) (se retient de pleurer)	« (...) j'ai essayé (...) plusieurs fois remise à ma place (...) pas encore infirmière (...) »	L'aide reçue	La place dans l'équipe	Elle s'est intéressée à son futur travail et a anticipé la connaissance des tâches administratives. Elle demande un accompagnement maïeutique voire initiatique mais on lui renvoie l'illégitimité de sa demande. Elle n'est pas encore à cette place. <b>Logique d'établissement</b>
112 à 114	<i>d 30- C'était douloureux ?</i>  D 30- Oui ! J'avais qu'une envie c'était de m'en aller, quoi ... l'envie de pas travailler, quoi.	« (...) envie (...) de m'en aller (...) de pas travailler (...) »	Son ressenti	Envie de partir	Ce manque de considération lui génère de la souffrance.
115 à 122	<i>d 31- Est-ce que vous avez pu en parler à cette époque ? A quelqu'un ?</i>  D 31- Non ! ... J'étais sous contrat, c'est comme	« (...) Non (...) sous contrat, c'est comme ça (...) »	Impossibilité de soutien	Le contrat	<b>Logique d'établissement</b> Le contrat est irrévocable donc elle n'en parle pas.

	<p>ça !</p> <p><i>d 32- Au cadre ? Aux autres collègues ? Est-ce qu'ils étaient comme vous ?</i></p> <p>D 32- Non ! Non !</p> <p><i>d 33- Et au cadre ?</i></p> <p>D 33- Non ! Non. Ça avait changé entre temps. En plus, il y a eu beaucoup de changement.</p> <p><i>d 34- Et au médecin ?</i></p> <p>D 34- Non !</p>				<p>Ne s'autorise pas d'en parler ?</p> <p>Inutilité d'en parler ? Refus des autres de l'écouter ?</p>
127 à 125	<p><i>d 35- Hum... Je peux vous demander pour quelles raisons ?</i></p> <p>D 35- Parce que je pense qu'il y aurait pas eu ... peut-être que l'écoute, mais il n'y aurait pas eu de solution.</p>	« (...) peut-être que l'écoute (...) pas eu de solution (...) »	Les raisons du manque de soutien	Pas de solution	Elle se résigne à ne pas en parler car elle est convaincue de l'impuissance à trouver une solution.
125 à 129	<p>... Parce qu'au bureau, j'avais déjà demandé de ne pas être en psy et on m'a dit c'est ça !</p> <p><i>d 36- Au bureau ?</i></p> <p>D 36- A l'administration, au service de Direction ... de Relations Humaines. Et euh... on m'a dit c'est ça, c'est la psy. (soupir)</p>	« (...) j'avais demandé de ne pas être en psy (...) c'est ça (...) Direction (...) Relations Humaines (...) c'est ça, c'est la psy (...) »	Choix de la psychiatrie	Décision de la DRH	<p>La répétition de « c'est ça » renforce l'irréversibilité de la décision.</p> <p><b>Logique d'établissement</b></p>
130 à 134	<p><i>d 37- Il me semble percevoir un manque de confiance ? Vis-à-vis de l'équipe, vis-à-vis des collègues, du cadre, du médecin ?</i></p> <p>D 37- Ah oui ! Oui. Ben parce que au début d'une carrière, on n'a pas confiance en soi. On sait pas bien faire, on ... c'est tout nouveau ... enfin bon, le</p>	« (...) au début d'une carrière (...) pas confiance en soi (...) sait pas bien faire (...) tout nouveau (...) »	Manque de confiance	Confiance en soi	Nous l'interrogeons sur sa confiance vis-à-vis de l'équipe et elle parle de son manque de confiance en elle.

	... voilà quoi hein. Si on fait trois années d'études, si c'est pas pour euh... voilà quoi, c'est pas rien non plus.				Elle est en attente d'une <b>confiance émancipatrice</b> .
134 à 135	En fait, moi, où j'ai beaucoup gagné moi, c'est la relation avec les patients.	« (...) beaucoup gagné (...) relation avec les patients (...) »	Confiance en soi	Relation avec les patients	A être dans l'épreuve du contact et dans les preuves aux collègues expérimentés, elle a amélioré ses compétences relationnelles. <b>Accompagnement initiatique</b> peut-être pas structuré.
135 à 137	Et j'aurais voulu qu'on m'apprenne plus dans les pathologies parce que ... apprendre dans les livres, c'est très bien,	« (...) qu'on m'apprenne (...) les pathologies (...) les livres (...) »	Aide souhaitée	Apport théorique	Elle évoque un <b>accompagnement maïeutique</b> pour mieux comprendre les livres traitant de psychopathologie.
137 à 140	mais sur le terrain, ben c'est là que je me suis formée, vraiment en me disant euh... euh... tu vas pas être un boulet non plus euh pour tes collègues. C'est-à-dire, pendant un an, la dernière année de ...de, de formation d'infirmière, j'ai vraiment travaillé que de la psy ... parce que je, je me suis dit : « voilà, je veux être opérationnelle ».	« (...) pas être un boulet (...) pour tes collègues (...) pendant un an (...) vraiment travaillé que de la psy (...) « (...) je veux être opérationnelle » (...) »	L'intégration	Etre opérationnel le	Elle a anticipé sa prise de poste pour prendre soin de ses collègues (ne pas être un boulet). <b>Confiance réciproque</b> dans la volonté d'intégration.
140 à 142	Je, je suis ... voilà, c'est la conscience professionnelle aussi qui parle, quoi. Je ... voilà, j'aime mon travail, la relation avec les gens.	« (...) la conscience professionnelle (...) j'aime mon travail, la relation avec les gens (...) »	Conscience professionnelle	Prendre soin d'autrui	Elle aime le travaille auprès d'autrui.

142 à 144	La psychiatrie, c'était tout nouveau pour moi. Peut-être qu'il y avait des choses qui me faisaient peur euh... c'est pour ça que je voulais pas être en psy.	« (...) psychiatrie (...) tout nouveau pour moi (...) des choses (...) peur (...) c'est pour ça que je voulais pas être en psy (...) »	La confrontation au Réel de la folie	La peur	Ce qui ne se voit pas dans le miroir (« les choses ») lui faisaient peur.
144 à 146	Et ... maintenant, aujourd'hui, je m'aperçois que, au contraire, je suis euh ... là maintenant, euh... depuis 2008 que je suis diplômée, j'ai beaucoup avancé. Et aujourd'hui je me plais dans ce que je fais.	« (...) aujourd'hui (...) au contraire (...) beaucoup avancé (...) je me plais dans ce que je fais (...) »	La confrontation au Réel de la folie	Plaisir	Maintenant elle prend plaisir à travailler en psychiatrie
146 à 147	Mais il a fallu ... je me plais depuis un an, seulement. Voilà.	« (...) Mais il a fallu (...) me plais depuis un an, seulement (...) »	La confrontation au Réel de la folie	Plaisir et Temporalité	Mais il lui a fallu plusieurs années pour obtenir du plaisir en psychiatrie.
148 à 151	<i>d 38- Vous saviez donc dès votre dernière année de formation que vous viendriez en psychiatrie ?</i> D 38- Ah ben oui ! Même dès la rentrée à l'école, je savais que j'allais en psychiatrie après. Oui, oui. C'était le contrat euh... avec l'hôpital.	« (...) dès la rentrée à l'école, je savais (...) contrat (...) avec l'hôpital (...) »	Le choix de la psychiatrie	Le contrat	Le contrat : financement de la formation pour une affectation en psychiatrie. <b>Logique d'établissement</b>
151 à 152	On ... n'y croyait pas trop ... on s'est dit : « non, on va nous mettre ailleurs ». Mais ... « on va nous écouter quand même »,	« (...) n'y croyait pas trop (...) s'est dit (...) nous mettre ailleurs (...) nous écouter (...) »	Le choix de la psychiatrie	Un espoir Une confiance ?	Elle a gardé espoir jusqu'à la fin de sa formation sur un renoncement du contrat.
152	mais non ! Non, non. Ça va jusqu'au bout quoi.	« (...) non. Ça va jusqu'au bout (...) »	Le choix de la psychiatrie	Le contrat	Mais hélas ! <b>Logique d'établissement</b>
154 à 158	<i>d 39- Pouvez-vous me parler de l'aide des jeunes collègues qui ... vous ont accueillie ? Accueillie, je peux employer le mot ?</i> D 39- Ah, oui, oui ! Il y a quand même une bonne équipe qui m'a accueillie et qui m'a aidée, qui m'a soutenue euh... montrée euh... me dire	« (...) une bonne équipe qui m'a accueillie (...) m'a aidée (...) m'a soutenue (...) montrée (...) me dire (...) « viens, on va faire ci (...) faire ça » (...) les activités (...) »	<b>L'aide reçue</b>	L'accueil	Elle reconnaît avoir eu de l'aide notamment pour des activités. « viens, on va faire » témoigne d'une aide dans



	euh : « viens, on va faire ci, on va faire ça », les activités euh...				l'action. <b>Accompagnement initiatique Confiance émancipatrice</b>
158 à 163	et puis moi, je me lançais hein je, voilà hein. <i>d 40- Vous vous lanciez, c'est-à-dire ?</i> D 40- Ben ... euh ça y est euh... les entretiens médicaux, euh ... voilà. Je ... travaillais ! Voilà. Mais il fallait m'aider, il fallait me chapeauter, on va dire ... C'est surtout ça que j'avais besoin, qu'on, qu'on me dise : « Ah ben non, fais pas comme ça, ou essaie de faire comme ça ». J'avais juste besoin d'un guide en fin de compte.	« (...) me lançais (...) les entretiens médicaux (...) fallait m'aider (...) me chapeauter (...) surtout ça (...) qu'on me dise (...) juste besoin d'un guide (...) »	<b>L'aide reçue</b>	Un guide	Elle se confronte facilement au Réel de la folie, à l'inconnu (les propos tenus dans les entretiens médicaux) mais sans évoquer les situations de crise. Elle a besoin d'un guide (Athéna). <b>Accompagnement initiatique Confiance émancipatrice</b>
166 à 169	<i>d 41- Est-ce que vous pouviez en parler à l'équipe dans des temps de réunions ? Ou d'autres temps comme ça ?</i> D 41- Non ! ... Non, non, non. <i>d 42- Vous en parliez qu'avec eux ceux avec qui vous aviez un certain affectif ?</i> D 42- Hum (affirmation de la tête), je savais vers qui il fallait aller et pas à d'autres. Hum (affirmation de la tête), tout à fait !	« (...) je savais vers qui il fallait aller (...) »	L'aide reçue Le soutien	Guide identifié	Elle a repéré ceux qui peuvent l'aider <b>Confiance émancipatrice</b>
170 à 174	<i>d 43- Et aujourd'hui, dans votre nouvelle unité, comment avez-vous été accueillie ? Intégrée ?</i> D 43- J'ai bien été accueillie, bien intégrée. J'ai	« (...) bien été accueillie, bien intégrée (...) vite ma place (...) pas trouvée avant (...) là (...) trouve ma place (...) »	<b>L'intégration</b> Nouvelle unité	La place	Elle insiste sur l'accueil reçu qui a permis de s'intégrer.

	trouvé vite ma place ... alors que ... je l'avais pas trouvée avant ... du tout. Pourtant, j'ai fait deux unités avant d'arriver ici. Et là, vraiment je trouve ma place.				
174 à 175	Et je me sens bien dans ce que je fais. J'ai une relation avec les patients qui me satisfait énormément. Et puis je ... et puis, j'aime ce que je fais. Ouais.	« (...) me sens bien dans ce que je fais (...) relation (...) patients (...) me satisfait énormément (...) j'aime ce que je fais (...) »	<b>L'intégration</b> Nouvelle unité	La satisfaction au travail	Elle prend plaisir à travailler dans cette unité.
176 à 178	Bon après, il y a des choses ... plus ou moins compliquées encore ... Moi, ce qui me déborde beaucoup, c'est l'administration. Bon, j'essaie de me caler, j'essaie de ... bon voilà, j'apprends derrière et maintenant ça ...	« (...) choses (...) compliquées (...) l'administration (...) j'essaie (...) j'apprends derrière (...) »	Le travail administratif	Difficultés	Elle tente de surmonter ses difficultés avec la lourdeur administratives. « j'apprends derrière » sous entend avec quelqu'un d'initié dans l'action : <b>Accompagnement initiatique</b>
178 à 180	et il m'a fallu quand même une année, quand même une année pour connaître l'administration correctement. Et ça, ça c'est lourd ! Et, beaucoup d'infirmiers le disent hein, c'est lourd !	« (...) fallu (...) une année pour connaître l'administration correctement (...) lourd (...) lourd (...) »	Le travail administratif	Temporalité	Un an ! pour connaître la lourdeur administrative <b>Logique d'établissement</b>
180 à 181	Mais sinon euh... au niveau relationnel, j'ai énormément gagné.	« (...) Mais (...) relationnel (...) énormément gagné (...) »	Le travail relationnel	Amélioration	Elle termine sur la note positive du relationnel avec les patients <b>Logique institutionnelle</b>

182 à 185	<p><i>d 44- Qu'est-ce que vous appelez travail administratif ?</i></p> <p>D 44- Euh... tout ce qui est placement ... euh ... le, la manipulation des dossiers, des papiers ... voilà. On va chercher des dossiers à droite, à gauche. On court partout chercher le papier, le dossier. Et ça, c'est voilà. C'est une grosse, grosse partie de notre travail et ...</p>	« (...) tout ce qui est placement (...) manipulation des dossiers (...) chercher des dossiers à droite, à gauche (...) on court (...) grosse partie de notre travail (...) »	Le travail administratif	Les soins sans consentement	Les soins sans consentement imposent une exigence administrative. <b>Logique d'établissement</b>
185 à 186	c'est ce qu'on ne prend pas auprès des gens.	« (...) ne prend pas auprès des gens (...) »	Le travail administratif	Pharmakon	Le temps pris à l'administratif est au détriment des prises en charge des patients. <b>Logique d'établissement</b>
187 à 191	<p><i>d 45- Le dossier papier ?</i></p> <p>D 45- Ah oui. Entre le sortir de l'ordinateur, le sortir après en papier, il faut l'emmener au secrétariat pour signer, faut le ramener, faut rechercher le dossier, les archives. Euh... c'est beaucoup de va-et-vient ... qui sont faits. Et euh des fois, un soignant fait ça dans sa journée. Il ne fait que ça !</p>		Le travail administratif	La charge de travail	Une tension est perceptible dans la gestion administrative des soins sans consentement. <b>Logique d'établissement</b>
192 à 199	<p><i>d 46- Parlez-moi du fonctionnement au quotidien de votre première unité.</i></p> <p>D 46- Donc le matin, donc avec la relève de l'équipe de nuit, transmissions. Ensuite euh ... comment, on parlait euh... pour le réveil des gens avec les toilettes. Donc moi, le souci, je me suis retrouvée dans un service euh... fermé et ... j'ai eu beaucoup de mal. Je me suis aperçue que le service</p>	« (...) souci (...) service euh... fermé (...) beaucoup de mal (...) service fermé n'était pas pour moi (...) spécial, ça va pas avec ce que je suis (...) trop cadrée, trop fermée (...) la personnalité (...) pas à l'aise (...) trop enfermée (...) »	Unité fermée	Incompatibilité personnelle	Elle se sentait très mal à l'aise pour être dans le relationnel dans une structure fermée qui nécessite beaucoup de recadrage. <b>Logique d'établissement</b>

	fermé n'était pas pour moi. Parce que c'est quand même spécial, ça va pas avec ce que je suis, c'est-à-dire ... trop cadrée, trop fermée quoi, voilà. Après, aussi, la personnalité hein euh... hein voilà. Moi, je me sentais pas à l'aise ... trop, trop enfermée quoi ... justement, voilà.				
199 à 201	Et euh... du coup, ben ... ça se ressentait sûrement, la peur euh... beaucoup de peur parce que, donc on connaît pas les malades, pas les maladies non plus. Euh... les psychotiques, ils déliraient tous, ça peut être impressionnant et ...	« (...) la peur (...) connaît pas les malades, pas les maladies (...) les psychotiques, ils déliraient tous (...) impressionnant (...) »	Le Réel de la folie	La peur	La psychiatrie l'effrayait.
201 à 202	j'ai été impressionnée et... par manque de connaissance, donc voilà.	« (...) impressionnée (...) par de connaissance (...) »	Le Réel de la folie	Manque de connaissance	Le manque de connaissance concernant la pathologie est la cause de cette frayeur.
203 à 206	<i>d 47- Impressionnée ?</i> D 47- Ah ben par des situations hein. Euh... en chambre d'isolement, tout ça, que c'est dans la force et tout ça. Au début, j'étais très impressionnée quoi. J'ai eu peur. Je me suis fait peur et puis aujourd'hui...	« (...) situations (...) chambre d'isolement (...) la force et tout ça (...) Au début (...) très impressionnée (...) peur (...) aujourd'hui (...) »	Situation de crise	Peur	La situation de violence l'a impressionnée au début maintenant il semble qu'elle le soit moins.
207 à 209	<i>d 48- Vous pouvez m'en parler de cette peur ? De ces moments-là ? Vous avez un exemple ?</i> D 48- Ah ben oui. Je me souviendrai toujours.	« (...) souviendrai toujours (...) »	Situation de crise	Souvenir indélébile	Cette situation reste ancrée dans sa mémoire.
209 à 211	Une personne qu'on avait reçue en chambre d'isolement, très violente, très ... délirant mystique euh... euh... avec des menaces de mort sur tous les soignants dont le médecin.	« (...) chambre d'isolement, très violente (...) délirant mystique (...) menaces de mort (...) tous les soignants dont le médecin (...) »	Situation de crise	Réel de la folie	Un exemple de ce qui ne se voit pas dans le miroir.

211 à 213	Et il a fallu intervenir avec beaucoup de monde. Et ça s'est terminé avec la piqûre, tout ça. Mais ç'a été violent, quoi ... avec plaquage au sol euh... tout ça. J'y ai senti vraiment violent quoi.	« (...) intervenir (...) beaucoup de monde (...) piqûre (...) violent (...) plaquage au sol (...) tout ça (...) J'y ai senti vraiment violent (...) »	Situation de crise	Violence	Elle est impressionnée par la violence pour contenir la personne.
213 à 214	Et euh... j'ai eu peur ... et j'ai piqué ce jour-là parce qu'on m'a dit,	« (...) peur (...) j'ai piqué (...) parce qu'on m'a dit (...) »	Situation de crise	Injonction d'agir	Malgré sa peur, on lui demande de faire l'injection. <b>Logique d'établissement</b>
214 à 217	alors il y a une chose : bon alors ça c'est voilà. Ben c'est que à ce moment-là malheureusement, enfin malheureusement, à ce moment-là aussi, moi je, j'étais enceinte. Donc je me suis sentie peut-être en danger aussi hein. Donc, c'est des peurs, attention hein.	« (...) malheureusement, enfin (...) j'étais en enceinte (...) sentie peut-être en danger (...) des peurs (...) »	Ressenti	Danger pour elle	Par cette demande d'intervention, on lui met son bébé en danger. Le premier « malheureusement » concerne le danger, mais « enfin, malheureusement » lui a permis de s'arrêter tôt et donc de se protéger.
217	Après j'ai analysé un petit peu tout ça,	« (...) j'ai analysé(...) »	Situation de crise	Réflexivité	Elle a réfléchi sur ce qui s'est passé
217 à 218	mais c'est quand même une chose qui reste marquée	« (...) chose qui reste marquée (...) »	Situation de crise	Souvenir indélébile	
218 à 219	parce que cette violence de cette personne parce qu'elle était malade et puis complètement délirante.	« (...) violence (...) parce qu'elle était malade (...) complètement délirante (...) »	Situation de crise	Empathie Pour le patient	Elle a de l'empathie pour le patient.
219 à 221	Mais quand même des menaces importantes. Même le médecin avait eu peur. Je me souviens que le médecin m'avait dit : « notez bien tout ce qu'il a dit » hein euh voilà.	« (...) menaces importantes. Même le médecin avait peur (...) « notez bien (...) »	Situation de crise	Peur partagée	Sa peur est raisonnée car elle est partagée par le médecin.

222 à 231	<p><i>d 49- Il est normal que vous ayez eu peur pour vous et pour votre enfant. Mais aviez-vous senti un soutien de l'équipe par rapport à ça ?</i></p> <p>D 49- ... Non ! C'est pour ça que après, j'ai vu le cadre et que je lui ai dit : « je ne veux plus continuer » et je suis arrêtée de bonne heure quand j'étais enceinte ... voilà. Donc, plein de choses qui ont fait que entre mon admission, enfin mon arrivée à ... dans le service ... et puis après ... j'ai été enceinte et tout, donc après je me suis sentie vite en danger ... ça là ... je me suis sentie vraiment mal et je voulais surtout pas y retourner après mon congé mat.</p> <p><i>d 50- C'est à partir de là que vous vous arrêtez de travailler dans cette unité ?</i></p> <p>D 50- Ah ouais ! Ouais, ouais, ouais.</p>	« (...) C'est pour ça (...) veux plus continuer (...) arrêtée de bonne heure (...) enceinte (...) plein de choses (...) entre mon admission (...) et puis après (...) sentie vite en danger (...) voulais surtout pas y retourner après mon congé mat (...) »	Danger pour elle	Décision de partir	<p><b>Accompagnement thérapeutique de notre part</b> pour valider sa peur.</p> <p>Se sentant en danger avec son bébé, elle a protégé sa grossesse par de la maladie.</p> <p>Sa décision de quitter cette unité est irrévocable.</p>
233 à 235	<p><i>d 51- Et pourtant, vous aviez réussi l'injection !</i></p> <p>D 51- Ah oui ! Oui, oui. Oui, oui. J'avais réussi mon soin et tout. Mais j'étais dans un état euh... il a fallu que je me ... pff ... enfin voilà. Je tremblais, j'étais ... voilà, au niveau de ... c'était important quand même.</p>	« (...) dans un état (...) a fallu que je me ... pff (...) tremblais (...) j'étais ... (...) c'était important quand même (...) »	Danger pour elle	Souvenir indélébile	Nous cherchons à renforcer sa réussite mais elle étouffée sous le souvenir de sa peur.
236 à 241	<p><i>d 52- Vous pensez que quelqu'un d'autre aurait pu la faire l'injection ?</i></p> <p>D 52- Oh ... oui ! (rire)</p> <p><i>d 53- Ah oui ?</i></p> <p>D 53- Ah oui ! ... Mais, c'est le test ... il fallait que</p>	« (...) Oh ... oui ! (...) Ah oui ! (...) le test ... fallait que je prouve (...) A l'équipe (...) aussi infirmière (...) »	Situation de crise	Injonction de faire ses preuves	<p><b>Accompagnement initiatique</b></p> <p>Elle a vécu l'ordre de faire l'injection comme une mise à l'épreuve. Nous percevons presque un rite de passage :</p>

	je prouve <i>d 54- A qui ?</i> D 54- A l'équipe ! ... Que j'étais aussi infirmière				« que je prouve » « Que j'étais aussi infirmière ». intronisation ?
242 à 243	<i>d 55- Ce devait être très, très dur ?</i> D 55- Oui ! (rire) Très, très dur ...	« (...) Très, très dur (...) »	<b>Ressenti</b>	Difficultés	
243 à 244	mais ça apprend et puis maintenant, je sais ce que je veux et ce que je veux pas ... voilà.	« (...) ça apprend (...) maintenant, je sais ce que je veux et ce que je ne veux pas (...) »	Faire ses preuves	Connaissances sur soi-même	<b>L'accompagnement initiatique</b> lui a fait découvrir une partie de son for intérieur.
245 à 249	<i>d 56- Et est-ce que vous avez vécu d'autres situations compliquées ?</i> D 56- Oui ! ... Mais après je suis quand même une personne qui analyse euh... les choses, le pourquoi, le comment. J'ai essayé de retrouver ce qui a fait que euh on n'en est arrivé là ou quoi que ce soit. Et puis après, il y a la maladie aussi hein ... donc ça, on y peut rien. Mais par contre euh... je suis toujours dans ... j'apprends	« (...) je suis (...) une personne qui analyse (...) les choses, le pourquoi, le comment (...) essayé de retrouver ce qui a fait (...) en est arrivé là (...) après (...) maladie aussi (...) ça, on y peut rien (...) j'apprends (...) »	<b>Situation de crise</b>	Réflexivité	Elle cherche à décrypter ce qui s'est passé pour s'améliorer.
249 à 251	mais ça y est, là, je ... j'arrive à ... comment ... je me fais plaisir maintenant auprès des gens, même s'ils sont en état de crise.	« (...) ça y est, là (...) je me fais plaisir maintenant auprès des gens, même s'ils sont en état de crise (...) »	<b>Situation de crise</b>	Plaisir	Maintenant, elle prend plaisir dans les soins de psychiatrie même en situation de crise.
251 à 256	Et j'ai confiance avec les collègues avec qui je suis. Je sais avec qui je suis ... Donc ça c'est important aussi parce que je me sentais pas en confiance avec mes collègues ... Là aujourd'hui, je suis en confiance. Je sais que je peux aller en chambre	« (...) J'ai confiance (...) avec qui je suis (...) sais avec qui je suis (...) important (...) sentais pas en confiance (...) là aujourd'hui, je suis en confiance (...) aller en chambre d'isolement, même si (...) agitée (...) personne avec	<b>Situation de crise</b>	Confiance	La confiance en ses collègues contribue à ce plaisir. Connaissant bien ses collègues, elle peut anticiper leurs

	d'isolement, même si la personne est agitée ou quoi que ce soit. Avec la personne avec qui je serai ou quoi que ce soit, je sais comment elle fonctionne. Voilà. Donc ça m'a ... euh voilà.	qui je serai (...) je sais comment elle fonctionne (...) »			réactions. Il n'y a plus d'inconnu et donc d'insécurité, contrairement à ses anciennes unités. <b>Confiance réciproque</b> chacun de l'équipe fait confiance à l'autre.
256 à 258	Là, ce week-end, on a eu une situation lundi. Une dame complètement délirante ... qu'on a sentie un peu mieux donc on a essayé de la faire venir tout doucement euh... vers nous quoi, l'approcher.	« (...) dame complètement délirante (...) sentie un peu mieux (...) a essayé de la faire venir (...) vers nous (...) l'approcher (...) »	<b>Situation de crise</b>	Confiance en la patiente	<b>Logique institutionnelle</b>
258 à 261	Et au moment de la remise en chambre d'isolement, ça s'est pas fait quoi. Elle a pas voulu. Et euh... ben ... on a su ... on a su maîtriser la situation ... bon c'est vrai que d'un point de vue force, des trois personnes qui étaient là, c'était moi qui étais la plus forte de ce côté-là. Donc j'ai pu la plaquer et j'ai pu et puis voilà.	« (...) on a su maîtriser la situation (...) d'un point de vue force (...) moi qui étais la plus forte (...) ai pu la plaquer (...) »	<b>Situation de crise</b>	Maîtrise physique	Elle peut se charger de la contention de la personne... <b>Logique d'établissement</b>
261 à 262	Je me suis pas sentie en danger. Je me suis pas sentie ... au contraire,	« (...) pas sentie en danger (...) au contraire (...) »	Ressenti	Sécurité	...en toute sécurité.
262 à 263	je me suis sentie euh... enfin voilà, j'ai fait mon travail. Satisfaite d'avoir fait mon travail.	« (...) satisfaite d'avoir fait mon travail (...) »	<b>Situation de crise</b>	Satisfaction	La <b>confiance réciproque</b> lui donne assure la sécurité nécessaire pour agir sereinement. Elle prend alors plaisir à travailler en psychiatrie.



263 à 264	Protéger aussi mes collègues aussi quelque part en disant : « attention », ça, ça, parce que ç'a commencé à voler.	« (...) Protéger aussi mes collègues (...) « attention » (...) »	<b>Situation de crise</b>	Prendre soin des collègues	<b>Confiance réciproque</b> <b>Accompagnement thérapeutique</b>
264 à 267	Et puis, et puis ça s'est très bien passé, on s'est très bien entendu et ... et voilà. Ça, ça fait longtemps que j'avais pas retrouvé ça. La cohésion d'équipe s'est euh... s'est euh... s'est les soins gagnés ça hein.	« (...) ça s'est très bien passé, on s'est très bien entendu (...) longtemps (...) pas retrouvé ça (...) cohésion d'équipe (...) s'est les soins gagnés (...) »	La cohésion d'équipe	Pertinence des soins	La cohésion d'équipe dans une <b>confiance réciproque</b> garantit la pertinence des soins.
268 à 273	<i>d 57- Aujourd'hui, qu'est-ce vous pouvez en dire d'un accompagnement idéal ? Avec les jeunes qui arrivent ?</i>  D 57- Euh... ben là je le vois aussi avec les jeunes qui viennent d'arriver chez nous dans le service où que je suis actuellement. Et ... et c'est vrai qu'ils sont euh... voilà. Ils sont vraiment pris euh... voilà. On sait qu'ils arrivent, qu'ils sachent pas grand-chose euh... au niveau du travail	« (...) ils sont vraiment pris (...) on sait qu'ils arrivent, qu'ils sachent pas grand-chose (...) niveau travail (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Considération	<b>Accompagnement thérapeutique ou accompagnement maïeutique</b> mais ils sont reconnus comme ayant besoin d'aide.
273 à 275	et du coup, on s'aperçoit que tout le monde amène euh... comment ... euh... on se complète énormément les uns des autres. Chacun a son style. Chacun a ... a ... ce qu'il préfère travailler.	« (...) tout le monde amène (...) on se complète énormément les uns les autres. Chacun son style (...) ce qu'il préfère travailler (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Complémentarité de l'équipe	La spécialisation de chacun apporte à l'équipe.
275 à 280	Et du coup, le jeune qui arrive ... complète sa formation grâce à chaque soignant. Ben moi par exemple, j'aime bien travailler tout ce qui est pharmaco. J'aime euh... voilà, tout ce qui est prise en charge, voilà, pharmacie, tout ça. Il y a des ... qui sont plus sur l'addicto, dépression. Bon ben voilà, je me complète là-dedans. Du coup euh... euh... d'autres personnes qui vont être plus sur	« (...) complète sa formation grâce à chaque soignant (...) j'aime (...) pharmacie (...) des (...) l'addicto, dépression (...) me complète là-dedans (...) d'autres personnes (...) toxicomanie (...) psychoses (...) se complète les uns les autres (...) »	<b>L'aide souhaitée</b>	Spécialisation individuelle  La place de chacun	Nous remarquons que développer une compétence assure sa place, son intégration dans l'équipe

	euh... toxicomanie ou plus sur les psychoses et ben voilà, on se complète les uns des autres, voilà.				
280 à 281	Et ça, c'est très riche en fin de compte. Et je trouve qu'on est une équipe très riche.	« (...) très riche (...) équipe très riche (...) »	Diversité des compétences	Richesse de l'équipe	Ce qui donne une richesse de l'équipe.
281 à 282	Il y en a qui savent maîtriser les papiers comme il faut, que d'autres ne savent pas.	« (...) savent maîtriser les papiers (...) d'autres ne savent pas (...) »	Diversité des compétences	Spécialisation individuelle	Sur le plan administratif <b>Logique d'établissement</b>
282 à 284	Il y en a qui savent euh... euh... ben en plus, il y a de l'histoire quoi. Les gens quand ils arrivent, ils ont vingt ans d'histoire et tout. Les anciens, ils nous le disent cette histoire.	« (...) savent (...) l'histoire (...) vingt ans d'histoire (...) Les anciens (...) disent cette histoire (...) »	Diversité des compétences	Spécialisation individuelle	Sur l'histoire de la psychiatrie et/ou du service <b>Logique institutionnelle</b>
284 à 285	Il n'y a pas de souci, voilà. Et on y va.	« (...) pas de souci (...) Et on y va (...) »	La cohésion d'équipe	Engagement ? Investissement ?	Cette phrase peut se comprendre de deux manières : la cohésion de l'équipe favorise la mise en action ou elle permet de s'investir. <b>Confiance réciproque et accompagnement initiatique</b>
286 à 287	<i>d 58- Il y a encore des anciens ?</i> D 58- Oui ! Oui, oui. Oui, oui. Oui, oui. Et ça, ça fait du bien aussi	« (...) ça fait du bien (...) »	Les collègues expérimentés	Plaisir	Au niveau de la sécurité ? par l'expérience, la maîtrise de soi, la connaissance, la compétence, la stabilité ?
287 à 288	parce qu'on voit que c'est des anciens qui évoluent avec leur temps. C'est surtout ça !	« (...) anciens qui évoluent (...) surtout ça (...) »	Les collègues expérimentés	L'adaptation	Elle insiste sur l'adaptabilité de ces anciens sur le

			tés		monde hospitalier d'aujourd'hui (contrairement à son ancienne unité ?)
288 à 289	On peut discuter. On peut voilà.	« (...) discuter (...) »	Les collègues expérimentés	accessibles	Ils acceptent d'échanger c'est-à-dire de reconnaître la position des jeunes.
289	Ils évoluent avec leur temps et ils savent euh... voilà.	« (...) évoluent avec leur temps (...) »	Les collègues expérimentés	L'adaptation	Ils mettent leurs compétences au service de l'organisation des soins d'aujourd'hui. <b>Logique institutionnelle au service de la logique d'établissement.</b>
289 à 291	Ils se prennent euh... ils sont comme nous quoi, enfin euh... voilà. Et on se complète énormément les uns aux autres, dans la maîtrise de soi, voilà.	« (...) sont comme nous (...) on se complète énormément les uns les autres (...) maîtrise de soi (...) »	Les collègues expérimentés	La considération de chacun	Ils reconnaissent l'utilité des compétences des nouveaux. Chacun est reconnu dans sa place dans l'équipe. <b>Confiance réciproque et accompagnement initiatique</b>
292 à 296	<i>d 59- Ce travail de collaboration avec ces compétences différenciées, c'est formalisé ? Ou ça se fait comme ça ?</i> D 59- C'est naturel hein. C'est naturel hein. Même	« (...) naturel (...) on le sait (...) »	L'aide proposée	Dispositif tacite	<b>Logique institutionnelle</b> Rien n'est formalisé mais chacun connaît les

	là quand on reçoit les élèves, on le sait hein, on dit euh... ben pour ma part par exemple, quand il y a des élèves, ils disent euh ... « voit avec Dorothée pour la pharmaco, tu vas voir, c'est bon, elle t'explique et tout ».				compétences de l'autre. <b>Confiance réciproque</b>
296 à 299	Et c'est vrai, j'ai un côté pédagogue derrière. Et ça se passe très bien. Donc euh, c'est le jeu des couleurs, des formes euh... des petits, des petites choses pour apprendre, euh, et voilà. Et en principe, avec les étudiants, ça se passe très, très bien.	« (...) j'ai un côté pédagogue (...) des petites choses pour apprendre (...) avec les étudiants, ça se passe très, très bien (...) »	L'aide proposée	La pédagogie	Dorothée a conscience de ses capacités pédagogiques
299 à 302	On a vraiment chacun notre euh voilà. Euh... ça va être pour des pansements, ça va être par exemple, telle ou telle personne qui est le plus dans la maîtrise technique, chirurgie, truc comme ça qui va être au top et voilà.	« (...) vraiment chacun (...) maîtrise technique, chirurgie (...) être au top (...) »	L'aide proposée	Spécialisation individuelle	
302 à 303	Et on offre ça aux étudiants. Même à ceux qui arrivent, les nouveaux, hein quand ils savent pas trop, ben voilà. Et on se complète énormément.	« (...) on offre ça aux étudiants (...) les nouveaux (...) savent pas trop, ben voilà (...) on se complète énormément (...) »	L'aide proposée	Dispositif tacite mis à disposition	Nous percevons « l'offre » d'un accompagnement qui peut s'adapter à chacun (thérapeutique, maïeutique, initiatique).
303 à 305	Après, tout ce qui est ... dossiers ... euh... l'histoire de la maladie, tout ça. On sait à qui s'adresser. « Tiens ben dit nous comment tu connais cette personne et pourquoi, et comment ». Et, et voilà.	« (...) dossiers (...) histoire de la maladie (...) On sait à qui s'adresser (...) »	L'aide proposée	Spécialisation individuelle	<b>Confiance réciproque</b>
305 à 306	Et il n'y a pas de souci.	« (...) pas de souci (...) »	Cohésion d'équipe	Engagement Investissement	<b>Confiance réciproque</b>

307 à 310	<p><i>d 60- Est-ce que vous avez d'autres compétences que vous aimeriez mettre à disposition pour le patient ? Pour l'équipe ?</i></p> <p>D 60- Hum... pour l'instant hum ... non. Pour l'instant, c'est vrai que c'est l'accueil, et c'est l'urgence et c'est tout ça.</p>	« (...) pour l'instant (...) non (...) l'accueil (...) l'urgence (...) »	Les souhaits	L'accueil et l'urgence Pour le patient	Nous voulons repéré si elle souhaite utiliser d'autres de ses compétences.
310 à 312	Mais bon, après dans l'accompagnement, on parlerait plus sur nos chroniques, nos malades chroniques. Là, eux, ils auraient besoin d'un accompagnement qu'on peut pas donner aujourd'hui.	« (...) l'accompagnement (...) nos malades chroniques (...) eux (...) besoin d'un accompagnement qu'on peut pas donner aujourd'hui (...) »	Les souhaits	Accompagner les patients de longue durée	Elle souhaite prendre soin des patients qui semblent un peu abandonner actuellement. Cette volonté d'aide témoigne de son potentiel d'investissement en psychiatrie.
313 à 315	<p><i>D 61- Que vous ne pouvez pas donner ?</i></p> <p>D 61- Non ! On peut pas euh... on fait du quotidien c'est-à-dire euh... donner les traitements euh... euh... la toilette, l'hygiène et tout ça.</p>	« (...) peut pas (...) quotidien c'est-à-dire (...) donner les traitements (...) toilette, l'hygiène (...) »			Elle décrit des soins corporels, importants pour le bien-être du patient mais ... Prégnance de la <b>logique d'établissement</b> dans le quotidien...
315 à 316	Mais à côté de ça, les activités et tout, on peut rien proposer à ces gens-là ...	« (...) Mais à côté de ça, les activités (...) on peut rien proposer à ces gens-là (...) »	Les activités	Impossibilité	...au détriment de la <b>logique institutionnelle</b>
316	malheureusement.	« (...) malheureusement (...) »	Les activités	Regrets	Elle le regrette.
317 à 319	<p><i>d 62- A cause de quoi ?</i></p> <p>D 62- Parce qu'on n'a pas le temps ! On peut pas se mettre une heure en activité avec ces gens-là ... ou</p>	« (...) pas le temps (...) peut pas se mettre une heure en activité (...) un tour (...) se balader (...) »	Les raisons du manque d'activité	La temporalité	Elle déplore le manque de temps. <b>Logique d'établissement</b>

	se faire un tour ... ou se balader ou ... voilà.				
319 à 320	Et c'est, je pense que c'est ces gens-là qui aujourd'hui eux euh... en pâtissent le plus de l'hospitalisation.	« (...) je pense que c'est ces gens-là qui (...) en pâtissent le plus de l'hospitalisation (...) »	L'hospitalisation	<i>Pharmakon</i>	Elle a beaucoup d'empathie pour les patients hospitalisés pour de longues durées.
321 à 322	<i>D 63- Quelle est votre marge de manœuvre aujourd'hui dans cette unité ?</i> D 63- Alors moi, je ... moi je ... (petit rire)	« (...) je ... moi je ... (petit rire) (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Hésitation	Nous sentons une hésitation pour se prononcer sur sa marge de manœuvre.
322 à 328	je pense qu'on a un éventail de choses de ... voilà. D'abord, on est une bonne équipe euh... une très bonne écoute de la part de tous. Euh... <i>d 64- De tous ?</i> D 64- De tous, c'est-à-dire, aussi bien du cadre euh... aussi bien du cadre, de l'équipe soignante. Mais équipe soignante confondue, aussi bien aides soignants et infirmiers hein. Euh... voilà.	« (...) éventail de choses (...) bonne équipe (...) très bonne écoute (...) de tous (...) du cadre (...) équipe soignante confondue (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	La cohésion d'équipe	De sa marge de manœuvre, elle revient sur ce qu'elle appelle la cohésion d'équipe (complémentarité et échanges) <b>Confiance réciproque</b>
328 à 330	Et quand il y a une proposition de faite, c'est déjà l'écoute. Et après, on en discute et ... on fait, on fait pas, voilà. Et on peut travailler sur des projets. Il y a des projets qui se montent, il y a des ... voilà. Ça aboutit bien, voilà.	« (...) proposition de faite (...) déjà l'écoute (...) en discute (...) on fait, on fait pas (...) on peut travailler sur des projets (...) aboutit bien (...) »	<b>La marge de manœuvre</b>	Elaboration de projet en équipe	La proposition individuelle est débattue collectivement avant d'être mise en place. <b>Confiance réciproque</b>
331 à 333	<i>d 65- Vous avez un exemple d'un projet que vous avez élaboré, qui a cheminé jusqu'au bout ?</i> D 65- Euh... sur du long terme, sur du moyen terme, oui euh... Ben actuellement,	« (...) long terme (...) moyen terme (...) actuellement (...) »	<b>La réussite d'un projet</b>	Temporalité	Elle prend l'exemple d'un projet important car il demande du temps.

333 à 334	il y a le projet de mettre quelqu'un en appartement. J'y participe activement.	« (...) projet (...) quelqu'un en appartement. J'y participe activement (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Participation active	C'est un projet très important qui nécessite beaucoup d'énergie.
334 à 337	Ça se passe très bien actuellement. Mais bon, ça fait depuis euh... depuis juillet 2012 que je suis dessus. Actuellement, ça y est, nous, nous sommes dans ... comment ... dans l'observation, en ce moment	« (...) très bien actuellement (...) depuis juillet 2012 (...) suis dessus. Actuellement, ça y est (...) dans l'observation, en ce moment (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Temporalité	Depuis de nombreux mois, ce projet est en cours. La phase d'observation indique une réussite encore précaire.
337 à 338	et puis je ... la personne est dans son appartement et ça se passe bien. Euh... ça se met en place.	« (...) la personne (...) appartement (...) se passe bien (...) se met en place (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Réussite en cours	Le projet est en cours de stabilisation. D'employer le mot « personne » témoigne de son intérêt à prendre soin d'autrui sans différenciation. Elle est proche de la <b>logique institutionnelle</b> .
338 à 341	L'équipe, ça y est euh... me suit parce que bon, il faut toujours plus ou moins un référent pour construire le projet, l'instaurer, et puis après, dès qu'on a les accords de tout le monde, entre tous les intervenants, que ce soit extérieur que intérieur, voilà. Ça se met en place.	« (...) L'équipe, ça y est (...) me suit (...) faut toujours plus ou moins un référent (...) construire le projet, l'instaurer (...) les accords (...) les intervenants (...) se met en place (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Pilote du projet	Elle a la reconnaissance de l'équipe pour piloter ce projet. Elle minimise néanmoins cette reconnaissance : « faut toujours plus ou moins un référent ». <b>Confiance réciproque</b>

341 à 342	Et puis ben du coup... euh... aujourd'hui, ça suit son cours et ça se passe bien.	« (...) suit son cours (...) se passe bien (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Réussite en cours	Stabilisation en cours
342	Voilà. Et toute l'équipe est derrière et là, c'est bon, ça marche.	« (...) toute l'équipe est derrière et là, c'est bon, ça marche (...) »	Cohésion de l'équipe	Réussite du projet	Elle insiste sur la cohésion de l'équipe pour la réussite d'un projet. <b>Confiance réciproque</b>
343 à 346	<i>d 66- C'est une grande satisfaction.</i> D 66- Ah ben oui eh ! Moi, ce que j'espère c'est que la personne réussisse. Et puis là, se, se donner du mal pour y arriver donc euh... oui ! Et puis je vois qu'elle est heureuse ben c'est surtout ça. Moi, c'est ce que je vois aujourd'hui.	« (...) Ah ben oui eh (...) j'espère (...) personne réussisse (...) se donner du mal pour y arriver (...) je vois qu'elle est heureuse (...) surtout ça (...) »	La satisfaction au travail	Le bien-être des personnes	Sa satisfaction au travail va au-delà de l'accomplissement de son travail au quotidien. Elle est dans la recherche du bien-être des personnes. elle s'inscrit dans une <b>logique institutionnelle.</b>
346 à 348	Mais c'est vrai que demain, tout peut s'arrêter hein. Mais, ben ... on aura essayé hein ... on aura essayé hein. Une personne qui est en institution depuis neuf ans, on peut pas ...voilà, quoi.	« (...) demain, tout peut s'arrêter (...) essayé (...) personne (...) en institution depuis neuf ans (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Incertitude du résultat	Elle s'investit dans un projet dont elle sait la complexité et l'incertitude du résultat.
348 à 349	Aujourd'hui, au moins on a le plaisir de la voir et puis elle a envie quoi.	« (Aujourd'hui, au moins (...) le plaisir de la voir (...) elle a envie (...) »	La satisfaction au travail	Le bien-être des personnes	Elle croit en la réussite du projet et la personne a confiance en elle. Il y a une part de <b>confiance d'abandon ou de confiance émancipatrice</b> de la personne envers



					Dorothée.
349 à 350	Donc euh... c'est vrai que dans un mois, tout peut s'arrêter, mais c'est comme ça quoi ... mais bon.	« (...) c'est vrai que dans un mois, tout peut s'arrêter (...) c'est comme ça (...) mais bon (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Incertitude du résultat	L'échec aura de lourdes conséquences et chacune risque de se le reprocher ou de le reprocher à l'autre ... ( <i>pharmakon</i> ...)
351 à 354	<i>d 67- Vous avez pas mal de compétences qui sont reconnues par le cadre, par l'équipe et par le médecin.</i>  D 67- Je ne le vois pas comme ça ! C'est mon travail, quoi, c'est tout ! Je, je travaille ! Je travaille pour ça, pour m'occuper des gens.	« (...) le vois pas comme ça (...) travaille pour m'occuper des gens (...) »	Reconnaissance	Secondaire	Elle ne semble pas croire à la reconnaissance des professionnels. Ce n'est pas l'énergie de son implication.
354 à 355	Donc euh... quand je pars sur un projet, j'y crois. Parce que si j'y crois pas, c'est pas la peine hein. Donc j'y crois,	« (...) quand je pars (...) j'y crois (...) »	L'implication dans un projet	Conviction	Elle se lance dans un projet qu'avec la conviction de sa réussite. Elle ne met pas la personne en difficulté.
355 à 357	pourtant c'est pas toujours facile parce qu'il y en a eu d'autres des projets comme ça que euh... j'y croyais moi et que personne n'y croyait autour.	« (...) pas toujours facile (...) en a eu d'autres des projets comme ça (...) j'y croyais (...) personne n'y croyait autour (...) »	L'implication dans un projet	Non adhésion de l'équipe	Il y a de l' <b>accompagnement initiatique</b> car elle précise auparavant que tout projet est discuté en équipe. Donc, ses collègues ont accepté le projet, y participe sûrement mais ne sont pas convaincus de sa réussite. Nous percevons une mise

					à l'épreuve.
357 à 358	Et puis qu'aujourd'hui, je m'aperçois que la personne est encore dans son appartement et puis que ça fonctionne quoi.	« (...) aujourd'hui (...) la personne (...) appartement (...) ça fonctionne (...) »	Réhabilitation sociale d'un patient	Réussite du projet	C'est une réussite pour le patient. Elle a réussi l'épreuve.
358 à 360	Donc ça, ça fait plaisir. C'est le résultat euh... et puis qu'on me dise euh... « T'as vu Dorothée, il va bien » « Ah ouais, il va bien ! ».	« (...) ça fait plaisir (...) résultat (...) qu'on me dise (...) « T'as vu (...) il va bien » « Ah ouais, il va bien ! (...) »	<b>La réussite d'un projet</b>	Plaisir	Elle obtient son plaisir dans le bien-être du patient. Cependant, nous sentons une certaine satisfaction dans la reconnaissance qu'elle avait raison.
360 à 362	Et puis, on me dit bien : « Bonjour ! Comment allez-vous ? » Là, ça c'est la satisfaction du patient. Moi, c'est celle-ci que je reconnais, voilà. De l'équipe ? Non, je fais mon travail.	« (...) Là, ça c'est la satisfaction du patient (...) c'est celle-ci que je reconnais (...) De l'équipe ? Non (...) »	<b>La réussite d'un projet</b>	La reconnaissance du patient	Elle se nourrit exclusivement de la reconnaissance du patient. elle n'a pas confiance à celle de l'équipe.
363 à 365	<i>d 68- Vous auriez espéré un peu plus de reconnaissance de la part de l'équipe ?</i>  D 68- Ben ... je l'ai là. Je l'ai alors que je ne l'avais pas avant. Donc ça fait un peu drôle. Parce que même en tant qu'aide soignante, j'ai jamais eu ça.	« (...) je l'ai là (...) pas avant (...) ça fait un peu drôle (...) aide soignante, j'ai jamais eu ça (...) »	La reconnaissance de l'équipe	La première unité	C'est la première fois qu'une équipe reconnaît ses compétences. Elle n'y est pas habituée et donc elle s'appuyait sur celle des patients <b>Confiance réciproque</b>
365 à 368	Donc, c'est vrai qu'aujourd'hui, si je ... si j'avais à choisir ... je parterais pas de cette unité. Ça c'est sûr ... parce qu'il y a une bonne ambiance, il y a une bonne équipe euh... on est soutenu euh ... voilà.	« (...) à choisir (...) parterais pas de cette unité (...) sûr (...) bonne ambiance (...) bonne équipe (...) soutenu (...) »	Fidélisation	Le soutien L'ambiance	Elle exprime pour la première fois son souhait de rester dans cette équipe en y associant l'ambiance de travail et le fait le

					fait d'être soutenue. <b>Confiance réciproque</b>
368 à 369	Bon, c'est pas toujours rose hein non plus hein parce que il y a des coups durs hein. Euh... et puis on n'est pas toujours opérationnel non plus. On est euh...	« (...) pas toujours rose (...) coups durs (...) on n'est pas toujours opérationnel non plus (...) »	La reconnaissance de l'équipe	Difficultés occasionnelles	Elle exprime des tensions passagères. Mais elle reconnaît encore ses responsabilités : « on n'est pas toujours opérationnel non plus ».
369 à 371	non franchement je ... aujourd'hui, j'ai une reconnaissance dans mon travail. Oui ! Personnellement, je me sens bien. Je me vois pas aujourd'hui aller ailleurs.	« (...) franchement (...) aujourd'hui (...) reconnaissance dans mon travail (...) mes sens bien (...) pas aujourd'hui aller ailleurs (...) »	Fidélisation	Reconnaissance Se sentir bien	Elle exprime son désir de rester dans cette équipe.
372 à 376	<i>d 69- Vous avez dit que vous aviez un contrat. Aujourd'hui, vous envisagez de poursuivre en psychiatrie après votre contrat ?</i>  D 69- Aujourd'hui, oui ! Mon contrat se termine en novembre 2013, 19 novembre 2013 et euh... oui, mon contrat euh... voilà. Mais pour moi, aujourd'hui, je me vois pas aller ailleurs.	« (...) Aujourd'hui, oui (...) contrat se termine (...) 19 novembre 2013 (...) pas aller ailleurs (...) »	<b>Fidélisation à la psychiatrie</b>	S'investir en psychiatrie	Elle souhaite s'investir en psychiatrie. De formuler une nouvelle fois la date précise de son contrat renforce le souvenir indélébile de sa prise de poste difficile.
376 à 378	De toute façon, moi, ma vie, elle est ici à ZZZ déjà. J'ai ma vie de famille, j'ai tout ici donc euh... je me vois pas aller ailleurs. Bon je sais qu'il y a pas loin à faire la route, mais je ne suis pas intéressée. J'ai déjà fait la route.	« (...) ma vie (...) est ici (...) ma vie de famille (...) tout ici (...) pas aller ailleurs (...) pas intéressée (...) »	Fidélisation à l'établissement	La sphère familiale	Sa sphère familiale est ancrée proche de cet établissement, elle n'envisage pas une mutation.
379 à 380	<i>d 70- Vous envisagez quand même un</i>	« (...) pas retourner sur le BMC (...) »	<b>Fidélisation à la</b>	S'investir en psychiatrie	

	<i>investissement en psychiatrie ?</i> D 70- Ouais. Oui, oui. Je me vois pas retourner sur le BMC quoi. Non, non, non,		psychiatrie		
380 à 383	parce que je pense que je serai déçue. Parce qu'on a quand même une liberté encore qu'on n'a plus déjà sur le BMC que j'ai connu, moi. Même en tant qu'infirmière hein, même si je les voyais les filles hein. Euh... mais ... en psychiatrie, on a encore une certaine liberté.	« (...) serai déçue (...) une liberté (...) n'a plus déjà sur le BMC (...) en psychiatrie, on a encore une certaine liberté (...) »	Fidélisation à la psychiatrie	La marge de manœuvre	Elle admet que la psychiatrie offre une plus grande marge de manœuvre que les soins généraux.
384 à 385	<i>d 71- Est-ce que le 19 novembre 2013 pourra effacer ce 19 novembre 2008 ?</i> D 72- Non ... non ... ah non parce que c'est, c'est dans mon histoire à moi.	« (...) dans mon histoire à moi (...) »	La prise de poste	Souvenir indélébile	
385 à 387	Mais, moi ça m'a fait avancer par contre. Donc euh voilà. C'est, c'est ce que je disais au début, je sais ce que je veux et je, je sais ce que je veux pas quoi. Voilà.	« (...) ça m'a fait avancer (...) je sais ce que je veux (...) ce que je veux pas (...) »	La prise de poste	Connaissance de son for intérieur	Elle positive cette expérience car maintenant elle se connaît un peu plus. <b>Accompagnement initiatique</b>
388 à 390	<i>d 73- Comment participez-vous à l'accueil des nouveaux arrivants ?</i> D 73- Ben, très bien, moi, j'aime bien, au contraire. On fait connaissance et puis euh... ça se passe très bien,	« (...) j'aime bien (...) ça se passe très bien (...) »	Sa participation à l'accueil	Plaisir	Elle prend plaisir à accompagner les nouveaux
390 à 393	enfin moi, j'ai, j'ai ... cet été d'ailleurs, j'ai ... ils sont arrivés sur le roulement de l'équipe que je travaillais, donc on a travaillé sur les week-ends ensemble, deux nouveaux arrivants, une au mois de	« (...) cet été (...) les week-ends ensemble (...) deux nouveaux arrivants (...) qu'on était trois et j'étais la seule ancienne (...) »	Sa participation à l'accueil	Responsabilité	Elle relate l'accompagnement qu'elle a effectué auprès de deux nouveaux arrivés

	juillet et l'autre au mois d'août euh... sur mon roulement, sur des week-ends. Ça veut dire qu'on était trois et j'étais la seule ancienne.				en même temps. Elle mesure le poids de cette responsabilité.
393 à 395	Le cadre m'a rassurée en disant : « je n'ai aucun souci Dorothée, de votre part » donc euh... voilà. Je me sentais pas tout à fait à l'aise euh ... en confiance,	« (...) le cadre m'a rassurée (...) pas tout à fait à l'aise (...) en confiance (...) »	Ressenti	La confiance du cadre	Le cadre lui a fait part de sa confiance pour assurer cette responsabilité. <b>Confiance émancipatrice du cadre</b>
395 à 398	parce que des fois c'est vrai que ce côté de violence, ça peut partir au quart de tour. Quand je connais pas mes collègues, je sais pas comment ils réagissent et tout. Et en fin de compte d'où la, la ... la bonne cohésion d'équipe, c'est que euh...	« (...) violence (...) peut partir au quart de tour (...) connais pas mes collègues (...) sais pas comment ils réagissent (...) la bonne cohésion d'équipe (...) »	Situation de crise	La confiance mutuelle Cohésion d'équipe	De nouveau, elle évoque l'importance de la cohésion d'équipe <b>Confiance réciproque</b>
398 à 402	ben, je me suis retrouvée un week-end hein, c'était le premier septembre donc j'étais, j'étais avec mes collègues, des jeunes hein, des jeunes, vraiment des jeunes diplômés dans tout, quoi, dans l'expérience professionnelle, dans tout. Parce que des fois, on peut être jeune diplômé mais avec de l'expérience déjà derrière. Mais là, jeunes diplômés en tout.	« (...) le premier septembre (...) vraiment des jeunes diplômés (...) là, jeunes diplômés en tout (...) »	Sa participation à l'accueil	L'inexpérience des collègues	Elle démontre l'importance de sa responsabilité par l'inexpérience des deux collègues...
402 à 404	Et euh... et on a reçu un patient très, très, très, très agité qui était ... qui était très délirant qui était euh... qui était très violent dans ces propos et tout.	« (...) très agité (...) très délirant (...) très violent dans ces propos (...) »	Situation de crise	L'inexpérience des collègues	... qu'elle croise avec la situation de crise.
404 à 405	Mais bon, j'ai travaillé avec un aide soignant qui alors euh... a dominé la situation mais impeccable quoi, impeccable	« (...) aide soignant (...) dominé la situation (...) impeccable (...) »	Aide reçue	Confiance à son collègue aide soignant	Elle insiste sur l'aide de l'aide soignant. <b>Accompagnement initiatique Confiance</b>

					<b>réci-proque</b>
405 à 408	et du coup on a vu nos collègues se sentir mal à l'aise par rapport aux cris, par rapport à tout ça de la personne parce que la personne hurlait. Elle était ... elle hurlait dans la chambre d'isolement : « je suis fou ... » et puis des choses voilà,	« (...) a vu nos collègues se sentir mal à l'aise (...) la personne hurlait (...) »	Situation de crise	Prendre soin de ses collègues	<b>Accompagnement thérapeutique et initiatique</b> car dans l'action
408 à 409	que je peux comprendre de ce que j'ai vécu moi, ce que j'avais vécu avant donc je peux comprendre tout à fait.	« (...) j'avais vécu avant donc je peux comprendre (...) »	Situation de crise	Expérience vécue	Elle fait sans doute référence à sa mise à l'épreuve dans son ancienne unité (l'injection).
409 à 414	Donc « écoutez, il n'y en a qu'une reste sur le bureau, l'autre qui reste avec les autres patients à la rigueur », et moi : « vous restez là ! Vous prenez les PTI au cas où , si vous sentez qu'on est en danger vous sonnez tout de suite et nous, on essaie de gérer la situation à côté mais ... est-ce que toi tu peux donner un regard et puis l'autre personne sauve qui peut ! » Donc pas de souci, ça s'est fait comme ça, ça s'est voilà.	« (...) « (...) une reste sur le bureau, l'autre (...) avec les patients (...) prenez les PTI (...) danger vous sonnez (...) » (...) »	Situation de crise	Distribution des rôles	<b>Accompagnement initiatique mais thérapeutique dans l'action</b> <b>Confiance émancipatrice</b>
414 à 415	Ils ont regardé, et j'ai vu les regards ... vraiment, le regard de mes collègues qui est, qui, ils avaient bien peur parce qu'ils ... ben oui, ils savaient pas à quoi s'attendre.	« (...) j'ai vu (...) le regard de mes collègues (...) peur (...) savaient pas à quoi s'attendre (...) »	Situation de crise	La peur des collègues inexpérimentés	Elle reste attentive aux collègues car elle a déjà vécu leur ressenti. <b>Accompagnement thérapeutique</b>
416 à 418	Et puis du coup, ça s'est super bien géré. Mais parce que aussi, avec mon collègue, je me suis sentie en sécurité. Et puis, il a dominé une situation très, très importante quoi. Et ça s'est très bien passé. Voilà.	« (...) super bien géré (...) avec mon collègue (...) sentie en sécurité (...) il a dominé une situation (...) importante (...) très bien passé (...) »	Situation de crise	Confiance au collègue La sécurité	Elle mentionne que c'est le collègue qui a « dominé la situation ». elle lui a fait totalement confiance <b>Confiance</b>

					<b>réci-proque</b> <b>Accompagnement</b> <b>initiatique</b> de son collègue dans l'action.
418 à 419	Et après, on en a reparlé avec mes collègues. On a posé les choses...	« (...) après, on en a reparlé avec mes collègues (...) posé les choses (...) »	Situation de crise	Débriefing	Il y a un apprentissage dans le débriefing <i>a</i> <i>posteriori</i> . Nous percevons les échanges entre eux. <b>Accompagnement</b> <b>maïeutique</b> <b>Confiance</b> <b>émancipatrice</b> Elle leur a donné un rôle dans la gestion de la situation.
420 à 422	<i>d 74- A votre initiative ?</i> D 74- Ah oui ! Ah ben, il faut hein. Enfin, c'est par l'expérience que j'ai eu avant et qu'on ne faisait pas.	« (...) il faut (...) par expérience que j'ai eu avant (...) ne faisait pas (...) »	Aide souhaitée Marge de manoeuvre	Prendre soin des nouveaux	pour donner ce qu'elle pas reçue. Elle prend l'initiative de ce temps de paroles prendre soin et accompagner les nouveaux <b>accompagnement</b> <b>thérapeutique et</b> <b>maïeutique</b>
422 à 424	Mais oui, oui. Là, je leur ai parlé. Je leur ai dit : « voilà qu'est-ce qui vous dérange ? Qu'est-ce, qu'est-ce qu'il se passe pour vous ? Qu'est-ce que voilà ». On en a discuté. Et puis on a désamorcé euh... la situation et ça s'est super bien passé.	« (...) leur ai parlé (...) » « (...) qu'est-ce qui se passe pour vous ? (...) » (...) en a discuté (...) désamorcé (...) la situation (...) »	Aide souhaitée Marge de manoeuvre	Le ressenti	Elle va rechercher leur ressenti <b>Accompagnement</b> <b>thérapeutique</b>

424 à 426	Et puis après, ils ont appris et ben voilà, quoi. Ils ont appris à connaître le patient autrement, et puis ça s'est très bien passé.	« (...) ils ont appris à connaître le patient autrement (...) »	Aide souhaitée Marge de manoeuvre	L'apprentissage Par le débriefing	Puis ils ont appris par un <b>accompagnement maïeutique</b>
427 à 430	<i>d 75- Il y a de vos collègues qui expliquent la pathologie psychiatrique ? Aux nouveaux arrivants ?</i>  D 75- Oui. Il y en a. Il y en a mais à la fois ça manque. Je sais qu'aujourd'hui, au niveau ... vocabulaire tout ça, j'ai énormément perdu.	« (...) ça manque (...) vocabulaire tout ça (...) énormément perdu (...) »	L'aide souhaitée	Un apport théorique	Elle souhaite un apport théorique car elle se sent régressée à ce sujet.
430 à 437	On n'emploie plus le vocabulaire comme il faudrait. Et ça, c'est dommage. On ne parle plus de délire paranoïde ou quoi que ce soit. Et ça c'est un peu dommage. Je trouve qu'on perd beaucoup de mots.  <i>d 76- C'est-à-dire, qu'est-ce qu'on dit maintenant ?</i>  D 76- Ben ... on ... on coupe. Je pense qu'on coupe les mots. On dit : « ben il délire » mais on n'en dit pas plus quoi. On ... on n'approfondit pas assez les choses, je trouve. Pour nous cibler un peu plus quoi, les hallucinations, est-ce que c'est, voilà. Il est délirant. Il est délirant et on reste là-dessus, voilà.	« (...) n'emploie plus le vocabulaire comme il faudrait (...) plus de délire paranoïde (...) dommage (...) perd beaucoup de mots (...) « ben il délire » mais on n'en dit pas plus (...) n'approfondit pas (...) on reste là-dessus (...) »	L'aide souhaitée	Apport théorique	Aujourd'hui, les discussions évoquent les comportements des patients mais beaucoup moins de psychopathologie. <b>Logique d'établissement</b>
438 à 442	<i>d 77- Et vous pouvez demander au médecin qu'il vous donne un peu plus d'éléments ?</i>  D 77- Hum... ça dépend des médecins ... alors il y a des médecins oui. Ils expliquent très bien la situation. On leur demande, il n'y a pas de souci hein. Même au niveau du traitement : « ben	« (...) des médecins (...) expliquent très bien la situation (...) On leur demande (...) pas de souci (...) traitement (...) nous répond facilement (...) »	L'aide reçue	Médicale pour les traitements	Les médecins leur apportent des connaissances que sur sollicitations et que pour expliquer des situations ou sur leurs prescriptions.



	pourquoi vous instaurez ce genre de traitement ? » et là, on nous répond facilement, ouais. Ben oui « parce que ça va permettre ça et ça, ça va faire ça ! ».				
442 à 446	Donc euh... mais euh... la théorie non, on n'en a pas, voilà. Moi, j'en apprend un peu. Mais tous ceux qui sont au contact des étudiants, là, ils en apprennent ... à chaque fois. Moi, j'en apprend pas mal auprès des étudiants. Comme je lis leurs, leurs projets de soins ou quoi que ce soit, ça me permet de me remettre dedans.	« (...) la théorie non (...) j'en apprend (...) auprès des étudiants (...) leurs projets de soins (...) »	L'aide reçue	Les projets de soins des étudiants	Elle récolte des connaissances théoriques auprès des étudiants.
447 à 452	<i>d 78- Excusez-moi de revenir un peu en arrière sur l'injection à faire dans votre première unité. Mais j'aimerais savoir qu'est-ce qui a fait que vous avez quand même fait l'injection, sans la refuser ?</i> D 78- (silence) <i>d 79- Qu'est-ce qui vous a poussé à passer à l'action ?</i> D 79- Par euh... comment ... parce qu'il faut avancer	« (...) faut avancer (...) »	L'injonction de faire l'injection	Surmonter sa peur	Le silence souligne un moment crucial pour sa carrière professionnelle (partir ou rester) <b>Accompagnement initiatique</b> <b>Confiance émancipatrice</b> car elle n'est pas seule, il y a les collègues qui maîtrise le patient.
452 à 453	et que ... il y avait besoin déjà pour le patient.	« (...) besoin (...) patient (...) »	L'injonction de faire l'injection	Le besoin du patient	La nécessité du patient lui donne le courage.
453 à 454	Ah et puis ... c'est toujours ça, c'est toujours ... il faut le faire mais il y a quelque chose qui vous pousse à le faire. Mais euh...	« (...) il y a quelque chose qui vous pousse à le faire (...) »	L'injonction de faire l'injection	Un for intérieur	Mais il y a aussi une force intérieure ...
455 à 456	<i>d 80- Quelque chose qui vous pousse ?</i> d 80- Ben parce que c'est déjà votre travail avant	« (...) c'est déjà votre travail avant tout (...) »	L'injonction de faire l'injection	Raison professionnelle	Elle est respectueuse de son travail...

	tout ...				<b>Logique d'établissement</b>
456 à 457	et puis d'y croire, d'y croire dans ce que vous faites	« (...) d'y croire d'en ce que vous faites (...) »	L'injonction de faire l'injection	Le besoin du patient	... surtout si elle est convaincue du besoin du patient.
457 à 459	et puis euh... pour d'autres situations, c'est vraiment euh... ben vraiment c'est sentir qu'il y a quelque chose qui est là et qui croit en vous et puis que ... « ben oui, toi, tu fais ... »	« (...) d'autres situations (...) c'est sentir (...) quelque chose qui est là et qui croit en vous (...) »	Situations compliquées	La confiance de quelqu'un	Elle agit pour ne pas trahir la confiance qu'on lui porte. <b>Confiance réciproque</b>
460 à 464	<i>d 81- Quelque chose ?</i> d 81- Oui. Quelque chose ou quelqu'un. Quelqu'un qui, qui m'a toujours poussée ou qui m'a toujours dit euh « ben là, tu as fait comme ça, mais en fin de compte, tu aurais pu faire autrement, alors fais, fais autrement ou essaye d'agir autrement » et qui croyait en moi donc euh du coup ça, ça m'a toujours fait avancer.	« (...) quelqu'un (...) toujours poussée (...) toujours dit (...) qui croyait en moi (...) toujours fait avancer (...) »	L'aide reçue	La confiance de quelqu'un	Le fait de lui signifier qu'on a confiance en elle l'aide à se surpasser. <b>Confiance émancipatrice</b>
464 à 469	C'est pour ça qu'aujourd'hui, j'en suis là et puis que ... voilà. Parce qu'il y a des gens, même si c'était pas longtemps, même si c'était juste ... voilà, quelques temps que je rencontrais une personne où qui me disait ben : « tu ... vas-y, continue, fonce, on fait comme ça ou essaye de faire autrement ». <i>d 82- C'était toujours la même ? Ou cela pouvait être une personne différente ?</i> D 82- Des personnes différentes. De catégories différentes.	« (...) pour ça qu'aujourd'hui (...) là (...) des gens (...) même si c'était pas longtemps (...) que je rencontrais (...) une personne (...) qui me disait (...) personnes différentes. De catégories différentes (...) »	L'aide reçue	La confiance de quelqu'un indifférencié	C'est à l'occasion de rencontre d'une personne qui lui donne sa confiance. <b>Confiance émancipatrice</b>

470 à 472	<i>d 83- Anciens ou jeunes ?</i> D 83- Anciens ou jeunes, voilà. Ça peut être aussi le patient hein, lui-même. Voilà, ça peut être une réflexion de patient qui te dit euh... « ah oui, là, réfléchis bien ! » et puis voilà.	« (...) aussi le patient (...) une réflexion de patient (...) »	L'aide reçue	Le patient	Elle est dans une posture réflexive. Elle reste attentionnée sur les propos de patients. <b>Logique institutionnelle</b>
473 à 475	Mais des fois, c'est peut-être le déclic quoi, le déclic de quelque chose. Parce qu'on s'aperçoit que ben oui, en fin de compte, je suis pas dans le bon truc ou quoi que ce soit. On me reproche ça ou alors je suis pas assez ... mais en fin de compte je m'aperçois que si.	« (...) le déclic (...) on s'aperçoit (...) pas dans le bon truc (...) me reproche ça (...) pas assez (...) »	L'autoformation	La réflexivité personnelle	Sa posture réflexive l'a met continuellement « en travail » sur le sens de son action pour ne pas nuire au patient ( <i>pharmakon</i> )
476 à 478	Quand le matin, j'arrive ici et qu'on me dit : « Ah bonjour Dorothée ! Bonjour ! Bonjour Dorothée ! » ça vous fait plaisir. Avant, j'arrivais on me disait bonjour et encore à peine. Donc c'est qu'il y a quelque chose que j'ai gagné. Il y a quelque chose que ...	« (...) le matin (...) « Bonjour Dorothée ! » (...) plaisir (...) quelque chose que j'ai gagné (...) »	Le bon cap de son travail	La considération	Le fait qu'elle soit reconnue personnellement « Bonjour Dorothée » lui assure une reconnaissance et une place comme soignante. <b>Logique institutionnelle</b>
478 à 481	parce que euh à un moment donné, on m'a fait confiance et on m'a dit euh : « ben, voilà. » et ça, c'est important. Quand les patients, ils viennent vous voir et que ... on sent que la relation est là ... qui vous font confiance, qui vous confient des choses très graves	« (...) moment donné, on m'a fait confiance (...) important (...) patients (...) viennent vous voir (...) relation (...) font confiance (...) confient des choses graves (...) »	Le bon cap de son travail	La confiance reçue	La relation avec les patients lui est un indicateur de la qualité de son travail. <b>Logique institutionnelle</b>
481 à 484	et euh... et puis qui ... et puis qu'ils y croient, qu'ils veulent croire à la vie malgré tout et que nous, on est là pour ça et qu'ils y croient, ben vous	« (...) veulent croire à la vie (...) on est là pour ça (...) vous êtes obligé d'avoir quelqu'un derrière vous qui vous pousse (...) »	Le bon cap de son travail	La responsabilité de cette confiance	Elle se sent responsable de répondre aux besoins des

	êtes obligé d'avoir quelqu'un derrière vous qui vous pousse pour que euh... voilà.			reçue	patients surtout lorsqu'ils lui font confiance.
484 à 494	Mais c'est vrai qu'il y a des situations compliquées hein. Je me suis vue dans des situations où ... très compliquées hein. Il y avait ce petit jeune, je m'en rappellerai tout le temps, qui avait fait une ... TS très, très, très importante et tout, qui voulait se foutre en l'air avec sa voiture, qui a ... violent, une violence extrême avec l'alcool et tout. Donc il est arrivé chez nous. Et du coup euh... comment ... il a été longtemps en chambre d'isolement, fermée de toutes correspondances extérieures. Et du jour qu'il allait mieux, et puis il est sorti de la chambre d'isolement, on devait récupérer son portable. Et son papa nous avait averti : « attention, il avait annoncé son suicide par téléphone, par SMS ». Donc le message était enregistré sur son téléphone et avec toutes les réponses avec qui, de, de, de toutes les personnes à qui il l'avait envoyé. Donc c'est vrai que ç'a été euh... et puis, ça s'est passé bien sûr à vingt heures le soir ...	« (...) me suis vue dans des situations compliquées (...) »	Confrontation à des situations de crise	Participation active à la gestion	Elle s'est retrouvée dans une situation qui génère toujours de l'émotion chez le soignant.
494 à 497	donc euh du coup euh... je l'ai eu en entretien ... je lui explique la situation ... je lui, je lui ai, j'en ... seulement : « ben écoute, tu récupères ton téléphone mais est-ce que tu te souviens ce qui il y a, ce qui pourrait y avoir dans ton téléphone ? ».	« (...) entretien (...) explique la situation ... je lui, je lui ai, j'en ... (...) »	Confrontation à des situations de crise	Entretien individuel	Toutes ses hésitations soulignent sa difficulté à mener sereinement son entretien.
497 à 502	Alors, il me dit : « oui, je crois savoir ». Et donc on essaie d'en parler et tout. Il me dit : « oui je sais, j'ai envoyé le message et tout ». Alors euh... je lui ai dit : « alors qu'est-ce que tu veux faire ? Qu'est-	« (...) on essaie d'en parler (...) pas tout seul (...) « (...) reste avec toi ? » (...) « oui, je veux » (...) »	Confrontation à des situations de crise	La confiance du patient	Le patient redoute d'affronter ce qu'il a écrit. Il lui demande de rester prêt de lui.

	ce que tu veux ? ». Il me dit oui mais pas tout seul. Alors je lui ai dit : « tu veux que je reste avec toi ? » et tout, il me dit : « oui, je veux ». D'accord, bon alors il regarde son message. Il était comme ça hein (côte à côte) et puis on				
502 à 506	... je m'attendais pas voilà. Je voulais euh... juste l'accompagner dans ça. Et puis d'un seul coup, il me dit : « il faut que vous le lisiez ». D'accord, donc j'ai lu le message et c'est que ... ouah ! C'était mais ... voilà hein ... fracassant hein. Un gamin de vingt ans euh...voilà, quoi. Et ... là ... et là, j'ai eu un moment de réflexion et tout	« (...) m'attendais pas (...) voulais euh... juste (...) d'un seul coup (...) j'ai lu le message (...) ouah ! (...) fracassant (...) gamin de vingt ans (...) Et ... là ... et là, moment de réflexion (...) »	Confrontation à des situations de crise  Ressenti	Impressionnée par l'évènement	En répondant à la demande de ce jeune patient, elle se retrouve submergée par ses émotions.
506 à 510	et ... j'ai fait : « il me faut quelqu'un ». Et quelqu'un ç'a été ma collègue hein ... donc voilà, il me faut toujours quelqu'un. Donc, j'ai été chercher ma collègue ... c'était RRR ... voilà je lui ai expliqué vite fait : « RRR viens, viens m'aider parce que là voilà » et ... pour savoir s'il avait encore des idées suicidaires et tout ça, suite à ça enfin euh l'acte quoi.	« (...) j'ai fait : « il e faut quelqu'un » (...) me faut toujours quelqu'un (...) « (...) viens m'aider (...) » (...) »	Confrontation à des situations de crise	Demande d'aide	Elle repère rapidement ses limites et souhaite obtenir de l'aide. <b>Confiance réciproque</b>
510 à 512	Et ça s'est super bien passé. Et c'est là, et ça, ça fait avancer ! Parce que RRR est venue ... pas de jugement, rien du tout sur moi ... vlan, elle glisse le truc,	« (...) super bien passé (...) et ça, ça fait avancer (...) pas de jugement, rien du tout sur moi (...) »	L'aide reçue	Possibilité d'investir car pas de jugement	Sa collègue est intervenue pour le bien du patient sans arrière pensée la concernant. <b>Confiance réciproque</b>
512	et on y va et ... on était là.	« (...) on y va (...) on était là (...) »	Confrontation à des situations de crise	Pertinence de l'action	<b>Confiance réciproque</b>

512 à 514	C'était vraiment pour lui quoi ... voilà. J'ai longtemps travaillé et j'ai l'impression que les collègues ont travaillé pour les collègues ... mais là, là j'ai, je sens que je travaille pour les gens ...	« (...) vraiment pour lui (...) longtemps travaillé (...) l'impression (...) collègues ont travaillé pour les collègues (...) là (...) je travaille pour les gens (...) »	La gestion de la crise Ressenti	L'apaise-ment du patient	Chacun travaille pour le bien du patient <b>Confiance réciproque</b>
514 à 515	c'est quand je dis faire ses preuves, c'est ... moi ... j'ai pas de preuve là en voilà. On voit le résultat, surtout des gens ...	« (...) faire ses preuves (...) le résultat, surtout des gens (...) »	Faire ses preuves	Pour le bien-être du patient	C'est par l'amélioration du patient qu'elle fait ses preuves. <b>Logique institutionnelle</b>
515 à 516	mais avant, c'est ça, on travaille pour les collègues ... plus ou moins.	« (...) mais avant (...) pour les collègues (...) »	Faire ses preuves	Pour les collègues	Dans les autres unités, c'était surtout pour prouver aux autres collègues.
517 à 518	<i>d 84- Oui mais là vous avez appris en même temps.</i> D 84- Et j'ai appris ! Et on m'a laissé apprendre.	« (...) j'ai appris (...) on m'a laissé apprendre (...) »	L'aide reçue	Volonté des collègues	<b>Accompagnement initiatique</b> <b>Confiance réciproque</b> Le côté initiatique l'apprentissage par soi-même sur le terrain.
519 à 523	<i>d 85- Mais cette collègue-là a travaillé un petit peu pour vous, pour que vous puissiez apprendre et que vous ayez moins cette appréhension.</i> D 85- Ouais ! Je sais qu'aujourd'hui, je sais poser les questions comme elle, elle m'a appris, En disant : « est-ce que tu veux te suicider ? T'as envie de mourir ? Est-ce que ... ». Et ça maintenant, je sais le dire ...	« (...) je sais poser les questions (...) elle m'a appris (...) maintenant, je sais le dire (...) »	L'aide reçue	Accompagnement initiatique	<b>Accompagnement initiatique</b> <b>Confiance réciproque</b> C'est dans l'action avec sa collègue qu'elle a apprise.

523	que je ne savais pas quand je suis arrivée ici.	« (...) ne savais pas quand le suis arrivée (...) »	L'aide reçue	Manque de considération	Plusieurs fois, elle fait référence au fait qu'elle n'a pas reçu d'aide.
524 à 526	<i>d 86- C'était trop dur émotionnellement ?</i> D 86- Ah ben oui ! Oui ! Je savais pas si je devais dire bien ou pas bien. Je ne savais pas ce que je devais développer comme électrochoc ou pas. Je savais pas, voilà.	« (...) savais pas (...) dire bien ou pas bien (...) électrochoc ou pas (...) savais pas (...) »	<b>Ressenti</b>	Ignorance	Ne sachant pas quoi faire, elle se retrouve face à de l'inconnu dans cette situation alors que le jeune lui fait confiance pour son aide.
526 à 528	Mais, entre temps, je me suis formée quand même hein. J'ai fait les stages et tout parce que j'avais besoin de me former donc ça je l'ai fait.	« (...) me suis formée (...) les stages (...) besoin de me former (...) je l'ai fait (...) »	L'aide reçue	La formation professionnelle	Elle a continué à se former.
528 à 529	Mais moi, j'avais besoin de savoir s'il fallait, enfin si on devait dire la phrase. Ben parce que, quand on est à l'école, on nous dit pas tout ça.	« (...) besoin de savoir (...) l'école (...) nous dit pas tout ça (...) »	L'aide reçue	L'astuce	Elle sait que l'école ne délivre que l'essentiel qui est insuffisant pour affronter la réalité du terrain. <b>Logique d'établissement</b>
529 à 530	Et j'ai pas eu le temps de l'apprendre dans les autres endroits où j'ai été.	« (...) pas eu le temps (...) autres endroits (...) »	L'aide reçue	Temporalité	Malgré les difficultés rencontrées ailleurs, elle pense qu'avec du temps, les collègues lui aurait délivré les astuces.
530 à 532	Là, je suis arrivée ici et ben, j'ai appris plein de choses. Et j'en apprends encore. Et c'est ... voilà. Et c'est ce que j'attendais à la sortie de l'école. Et voilà.	« (...) arrivée ici (...) appris plein de choses (...) apprends encore (...) c'est ce que j'attendais la sortie de l'école (...) »	L'aide souhaitée	Un accompagnement	Selon les situations, elle souhaite avoir un <b>accompagnement thérapeutique</b>

					<b>dans les situations extrêmes, maïeutique dans les débriefings et enfin initiatique dans l'action.</b> D'après ces propos énoncés tout le long de l'entretien.
532 à 533	Et maintenant, je tourne maintenant sur les bonnes personnes, et ben tant mieux pour moi ... tant mieux pour moi.	« (...) je tourne maintenant sur les bonnes personnes (...) tant mieux pour moi (...) »	L'aide souhaitée	L'effectif La chance d'un roulement	Elle évoque une part de chance pour rencontrer les collègues coopérants
533 à 534	Ça c'est des souvenirs, des bons souvenirs parce qu'au moins, voilà.	« (...) souvenirs (...) bons souvenirs (...) »	L'aide reçue	Souvenir indélébile	Elle a ancré ce souvenir positif.
534 à 536	Elle est venue. Elle m'a pas jugée sur quoi que ce soit sur mon, sur ma façon de faire quoi que ce soit. Elle a bien vu que sa collègue était en difficulté, que j'avais besoin de ... euh...	« (...) m'a pas jugée (...) sur ma façon de faire (...) a bien vu (...) en difficulté (...) avais besoin (...) »	L'aide reçue	Conscience que sa collègue est en difficulté	La collègue est intervenue sans aucun jugement. <b>Confiance réciproque</b>
536 à 537	le patient avait besoin de verbaliser des choses mais que je pouvais pas l'entendre. Donc, et ben elle y a été.	« (...) verbaliser des choses (...) pouvais pas l'entendre (...) »	Réel de la folie	« L'inintelligible »	La collègue est venue la suppléer dans l'aide à apporter au patient. Elle n'est pas encore prête à entendre ce genre de choses <b>Accompagnement thérapeutique</b> <b>Confiance d'abandon</b>
537 à 538	Et après, on en a reparlé,	« (...) après, on en a reparlé (...) »	L'aide reçue	Débriefing	<b>Accompagnement maïeutique</b>



538 à 540	il n'a y eu aucun jugement de valeur. Et c'est ça qui est important. C'est que là, elle m'a vue en tant que collègue qui apprenait, pas comme une infirmière qui savait pas travailler. C'est toute la différence.	« (...) aucun jugement de valeur (...) important (...) vue en tant que collègue qui apprenait (...) toute la différence (...) »	L'aide reçue	Sans jugement de valeur	Il n'y a aucun <i>a priori</i> dans l'aide effectuée. <b>Confiance réciproque</b>
541 à 546	<i>d 87- Et là, vous avez appris à vous confronter avec quelqu'un suicidaire qui ne parle que de mort.</i> D 87- Enormément ! Enormément ! C'est un <i>borderline</i> donc euh...voilà, hein, vraiment, vraiment il était au bord du ravin, ce petit jeune hein. Il fallait vraiment le ... pff (geste tiré vers soi) tirer tout doucement vers nous, qu'il ait confiance en nous. Et moi, il m'a donné confiance en me donnant son portable.	« (...) Enormément (...) <i>borderline</i> (...) au bord du ravin (...) qu'il ait confiance en nous (...) m'a donné confiance en me donnant son portable (...) »	Apprentissage dans la situation de crise	La confiance du patient	Elle a beaucoup d'empathie envers les patients. Le patient a pensé qu'elle pouvait être à la hauteur de son besoin d'aide par l'acte de lui son téléphone.
546	Et ben moi qu'est-ce que j'en fais moi de ça ?	« (...) qu'est-ce que j'en fais moi de ça (...) »	Gestion de la situation compliquée	Responsabilité de la confiance donnée	
546 à 549	Ben là, j'ai ... alors, je lui ai dit hein. J'ai été franche avec lui. Je lui ai dit : « excuse-moi, mais là, je vais me faire aider de ma collègue si ça te dérange pas ». Il m'a dit : « bon d'accord ». Et hop, je suis partie chercher RRR ... pas de souci, elle est venue.	« (...) franche avec lui (...) « (...) vais me faire aider (...) » (...) « bon d'accord » (...) partie chercher RRR (...) est venue (...) »	Gestion de la situation compliquée	Sincérité au patient	Elle révèle ces limites au patients pour ne pas lui nuire.
549 à 552	Et ça s'est super bien passé, parce que ce jeune aujourd'hui, sa prise en charge est réussie parce que il n'est plus là, déjà et puis, on le voit pas et voilà. Donc je pense que voilà. Mais ça, c'est du boulot.	« (...) super bien passé (...) réussie (...) n'est plus là (...) le voit pas (...) ça, c'est du boulot (...) »	Gestion de la situation compliquée	Réussite	Elle a contribué dans l'apaisement de ses troubles car il ne vient plus en soins
552	Là, ça me conforte dans mon travail en tant qu'infirmière.	« (...) me conforte dans mon travail d'infirmière (...) »	Réussite d'une gestion	Fidélisation Satisfaction	Elle en est très satisfaite

			compliquée		
553 à 555	<i>d 88- Oui ! Vous pouvez !</i> D 88- (grand sourire) (rire) Voilà ! C'est pas compliqué mais ... voilà. C'est important hein. C'est important. Voilà.	« (...) c'est important (...) »	Réussite d'une gestion compliquée	Fidélisation  Satisfaction	Renforcement positif de notre part
556 à 557	<i>d 89- Et bien, écoutez, je vous remercie beaucoup.</i> D 89- Merci				

#### VIII. 6. 4. Tableau d'analyse transversale des entretiens

Thèmes	Benoît	Caroline	Dorothée
<b>intégration</b>	A chaque fois, il regrette de ne pas avoir bénéficié d'un accueil dans sa nouvelle fonction qu'il ne maîtrise pas. Il a la sensation de ne pas avoir sa place. Il en perçoit une différente des autres nouveaux collègues qui eux connaissaient déjà les lieux.	Elle reproche à l'établissement son manque de considération. Par sa mutation, elle subit un déracinement géographique et professionnel car elle n'a jamais travaillé en psychiatrie. Elle est livrée à elle-même les quatre premiers jours.	Ni l'établissement, ni l'équipe ne tiennent compte de ses demandes. Le diplôme lui donne une reconnaissance infirmière et implique forcément les compétences nécessaires en psychiatrie. Elle ressent une mise à l'épreuve sans que personne ne se soit soucié du danger encouru. Aujourd'hui, sa nouvelle unité l'a bien accueillie. Elle prend plaisir dans son travail.
Synthèse	L'arrivée en psychiatrie est vécue comme une rupture. Le jeune soignant est attendu pour son diplôme. Il est alors confronté à l'énorme écart entre ce qui est attendu de lui et de ses compétences réelles. Il ne se sent pas à la bonne place. Personne ne prend soin de lui dans sa découverte de la psychiatrie. Il perçoit un accueil différent entre les nouveaux qui ont exprimé leur volonté de travailler en psychiatrie et les autres qui doivent faire leurs preuves.		
<b>L'aide reçue</b>	Dans son unité actuelle, l'aide reçue est dirigée vers une amélioration de la maîtrise physique, compétence nécessaire dans cette unité.	Les nouveaux ne bénéficient pas d'aide. Elle se sent en insécurité par le manque d'informations pourtant nécessaire au travail. Elle est attentive à tout ce qui pourrait les lui apporter.	Elle subit le refus catégorique d'anticipation de son futur poste tant qu'elle n'a pas le diplôme. Aujourd'hui, enrichie d'une petite expérience, elle est plus autonome pour trouver l'aide dont elle a besoin.
Synthèse	Il n'a pas reçu l'aide espérée. S'il demande à anticiper sa prise de fonction, l'argumentation du refus repose sur l'attente de la certification du diplôme. Il est généralement livré à lui-même dans une grande insécurité. L'aide peut être dirigée en fonction des besoins du service et non sur ses réels manques.		

<b>L'aide souhaitée</b>	Dans les postes qu'il a occupé, il a été en manque d'outils proposés par les équipes afin de s'autonomiser plus rapidement.	Elle souhaite un accueil digne de ce nom. Dès les premiers jours, une présentation du service et une explication des logiciels utilisés facilitent le recueil d'informations nécessaires. Prendre conscience de l'inexpérience en psychiatrie est indispensable. Travailler en doublon pendant quelques jours est l'idéal.	Elle argumente la nécessité d'avoir des connaissances spécifiques très rapidement notamment dans le domaine administratif. Elle préconise l'organisation de son unité : des personnes ressources, bien identifiées, dans chaque spécialité.
Synthèse	Il souhaite un accueil individualisé qui tient compte de son contexte singulier. C'est l'occasion d'une présentation du service et des outils indispensables comme l'utilisation du logiciel des dossiers patients informatisés. Il est indispensable de prendre conscience que son autonomisation ne peut être que progressive. Il arrive totalement néophyte à la spécificité de la psychiatrie dans un lieu inconnu. En priorité, il a besoin de sécurité. Ensuite, la présence d'indications le guide vers les personnes ressources dans divers domaines. Il recherche quelqu'un à qui pouvoir confier ses difficultés et exprimer ses besoins.		
<b>L'expression de son ressenti</b>	Il subit le paradoxe de l'aide offerte. C'est à lui de la solliciter mais il est alors tributaire du bon vouloir de son accompagnateur et du temps qu'il peut se procurer. Il reconnaît stresser lorsqu'il a la responsabilité d'actes à réaliser qu'il ne maîtrise pas totalement. Il perçoit un côté <i>pharmakon</i> dans la contention physique.	Elle se sent abandonnée dans un monde qu'elle ne maîtrise pas. Elle est en souffrance : elle perçoit une volonté de l'équipe à ne pas aider les nouveaux. Elle fait preuve d'empathie à l'égard des patients et ne comprend pas la violence ambiante.	Le manque de considération au départ lui laisse une cicatrice encore béante. Elle regrette les mises à l'épreuve. Elle les ressent comme une agressivité dirigée à l'égard de ceux qui n'ont pas choisi leur affectation en psychiatrie. Maintenant, son vécu est différent. Ses collègues la soutiennent sans jugement de valeur. Toute l'équipe se consacre aux patients. Dorénavant, elle prend plaisir à travailler en psychiatrie.
Synthèse	Au début, il se sent abandonner dans un monde inconnu où il n'a aucun repère. Les collègues expérimentés lui génèrent un malaise. Certains veulent bien l'aider mais ils n'ont pas le temps. D'autres refusent délibérément. Enfin, l'aide peut être accompagnée de mises à l'épreuve. Il stresse à assumer les responsabilités d'une fonction qu'il ne maîtrise pas encore. Il évalue rapidement la nocivité de certaines prises en charge.		
<b>La confrontation au Réel de la folie</b>	Dans la clinique, il doit affronter l'inconnu des troubles psychiatriques sans obtenir des informations théoriques. Actuellement, où il travaille, il est interpellé par la contention physique comme réponse aux symptômes.	Elle découvre la manifestation des troubles psychiatriques. Elle est impressionnée mais reste capable d'intervenir. Elle insiste sur le manque de connaissances qui l'insécurisent.	La psychiatrie, plus précisément le Réel de la folie, lui faisait peur. Sa réflexivité lui permet de prendre du recul sur les crises. Aujourd'hui, elle peut affronter des situations compliquées. Elle ne sent plus en danger même si elle ne les maîtrise pas. Elle a la ressource d'aller chercher l'aide nécessaire.
Synthèse	Sa première rencontre de la psychiatrie, en assumant la responsabilité infirmière, l'a impressionné. Sans explication théorique suffisante, il se sent en insécurité. Par la suite, progressivement, il participe activement dans la gestion de situations compliquées. Il commence à avoir le recul suffisant pour repérer la pertinence d'une prise en charge. Avec un peu d'expérience, il repère vite ses limites d'autonomie et n'hésite alors pas à passer le relais à un collègue.		

<b>La marge de manoeuvre</b>	Il avait beaucoup plus de possibilités d'initiatives dans la clinique. Aujourd'hui, cela semble être en fonction de son intégration dans l'unité.	La marge de manoeuvre dépend en priorité de la connaissance des patients et de leur pathologie. Ensuite, l'effectif en personnel permet l'initiative de projets.	Elle précise que la marge de manoeuvre dépend de la bonne cohésion d'équipe. Elle est suivie dans des projets ambitieux pour des patients.
Synthèse	Il y a une différence entre la clinique institutionnelle et le fonctionnement hospitalier. Le premier offre une grande prise d'initiatives personnelles. La cohésion d'équipe existe car elles sont discutées auparavant collectivement. Ainsi, les moniteurs partagent leurs plaisirs dans des activités très variées. La créativité y est abondante, comme dans les activités sportives ou informatiques. La marge de manoeuvre semble plus réduite à l'hôpital. Il est nécessaire tout d'abord de bien connaître les patients et leur pathologie. Ensuite, l'initiative, notamment en matière d'activités, est tributaire de l'effectif en personnel trop souvent réduit au minimum. Enfin, là aussi, la cohésion d'équipe est un paramètre important.		
<b>L'investissement</b>	Son investissement est lié à sa possibilité de mises en place d'activités.	Son investissement réside dans la possibilité de mettre en place des activités qu'elle apprécie sur le plan personnel.	L'investissement se traduit chez Dorothée par l'élaboration d'un projet conséquent pour un patient.
Synthèse	L'investissement est tributaire des possibilités d'initiatives notamment en matière d'activités. Avec un peu d'expérience, l'investissement s'oriente vers des projets individualisés pour les patients.		
<b>Le point de rupture</b>	Sa limite se situe au moment où il ne sera qu'un <i>pharmakon</i> par la contention physique.	Elle craint ne pas pouvoir gérer des situations inconnues ce qui l'insécurise. Une attitude irrespectueuse de plus de l'établissement lui déclencherait probablement son départ.	Le point de rupture se situe autour d'un ressenti soit de mépris à son égard soit d'avoir la conviction d'être devenue un <i>pharmakon</i> . Elle déplore le manque de temps auprès des patients accaparé en partie par un travail administratif.
Synthèse	Au tout début de la carrière, une insécurité trop forte le fait fuir. Par la suite, il n'accepte plus le mépris quel qu'il soit. D'abord, il se refuse à devenir un <i>Pharmakon</i> . Nuire aux patients lui est intolérable. De même, il n'accepte plus les marques d'irrespect du service ou de l'établissement à son égard.		

<b>La fidélisation à la psychiatrie</b>	Jeune diplômé, il poursuit sa construction professionnelle. Il n'est pas encore prêt à quitter sa filiation « maternelle » infirmière. Mais sa filiation « paternelle » semble être du côté de la psychothérapie institutionnelle.	Elle regrette ne pas pouvoir s'investir en psychiatrie. L'insécurité causée par le manque d'aide et une prise en charge inappropriée aux patients est déclencheur de cette volonté de partir.	Le soin relationnel est très important pour elle. Elle précise qui lui a fallu du temps pour apprécier le travail en psychiatrie même dans les situations de crises. Elle s'appuie sur la reconnaissance des patients. Elle est la spécialiste de tout ce qui concerne la pharmacie. Elle prend plaisir à aider les personnes (patients et soignants).
Synthèse	La fidélisation en psychiatrie se construit pas à pas. La première étape de l'insécurité dépassée, les soins relationnels offrent une satisfaction très importante. Ils s'établissent grâce à la médiation d'activités. Le jeune soignant utilise alors toute sa créativité pour organiser des activités avec des patients. Il partage avec eux ce qu'il aime bien faire dans ses loisirs. Au-delà d'un savoir faire, les soins relationnels mettent en jeu le savoir être du soignant. La relation chez le nouveau consiste en une discussion entre le patient et lui, protégé par la blouse blanche. Avec l'expérience, celle-ci s'efface petit à petit. La relation se poursuit de personne professionnelle à personne en attente de soins. Il est clairement exprimé la satisfaction d'un bonjour personnalisé contrairement au simple bonjour anonyme. La qualité des soins relationnels augmente en parallèle avec les connaissances théoriques.		
<b>L'accompagnement initiatique</b>	Benoît décrit parfaitement la part d'inconnu dans le travail en institution. Il ne connaît ni les patients ni leur pathologie. La possibilité d'initiatives lui procure du plaisir. Il se découvre de nouvelles capacités.	Elle perçoit l'accompagnement dans l'action uniquement lors de projets d'activités.	Elle dit avoir beaucoup appris en situation. Cela lui a permis de mieux se connaître. Elle maintient l'importance de la cohésion d'équipe.
Synthèse	De nouveau, la cohésion d'équipe est importante dans l'accompagnement d'équipe. En tant que néophyte en psychiatrie, les activités servent également de médiation à l'apprentissage. Après une avancée dans l'expérience de quelques pas, c'est-à-dire avoir acquis quelques bases de théorie, la participation aux situations compliquées contribue à augmenter ses connaissances en psychopathologie (étude des comportements normaux et pathologiques de la vie psychique). Face une situation inconnue, le jeune soignant en psychiatrie découvre beaucoup de choses sur lui-même. Il s'ouvre alors à plus d'initiatives qui le satisfont.		

<b>L'accompagnement maïeutique</b>	Il a besoin d'un accompagnement maïeutique pour évoquer ses difficultés. Cela ne peut se faire qu'avec une personne pour qui il partage une certaine affinité.	Un collègue infirmier l'accompagne. Mais refusant l'orientation des prises en charge qu'elle trouve trop répressifs, elle refuse de voir l'aide qui contribuerait à la mouler au fonctionnement de cette unité.	Les temps de réunion ainsi que les débriefings contribuent aux apprentissages théoriques. Elle ne privilégie pas les échanges individuels ou collectifs.
Synthèse	<p>L'aide individuelle est nécessaire. Elle ne peut se concevoir qu'après une confiance établie. Le jeune soignant peut alors prendre du recul sur ses émotions. C'est une aide individualisée très performante. Le novice acquiert rapidement les apprentissages nécessaires pour rechercher par la suite les informations dont il a besoin. L'accompagnement maïeutique peut également devenir un <i>Pharmakon</i>. La dérive réside dans l'utilisation de cet accompagnement pour former le jeune aux besoins exclusifs du service. Il devient alors l'infirmier avec une blouse blanche dont l'épaisseur n'est prête à s'amenuiser.</p> <p>La pertinence de cet accompagnement réside, au début, dans l'expression des émotions. Par la suite, il contribue dans l'effacement de la blouse. Le soignant se personnalise en découvrant le professionnel qu'il souhaite devenir, acceptant ou réfutant certaines orientations de prises en charge. Ensuite, la réflexion peut être nourrie lors de réunions ou de débriefings collectifs.</p>		
<b>L'accompagnement thérapeutique</b>	Il regrette que personne n'ait pris en compte le fait qu'il se trouve dans l'inconnu à chaque arrivée dans un lieu nouveau.	Elle n'a absolument pas bénéficié d'un accompagnement thérapeutique pourtant nécessaire à son arrivée.	Un accueil attentionné lui a manqué. Elle est donc vigilante à prendre soin des nouveaux et des stagiaires. Elle relate précisément comment sa collègue l'a suppléée dans une situation qui la dépassait.
Synthèse	<p>La première affectation dans un service de psychiatrie représente toujours une rupture. Le novice est « débarqué » dans un monde inconnu où il n'a aucun repère. Il est totalement démuni face au Réel de la folie. Esseulé, sa solution la plus réalisable pour se protéger est la fuite. Alors, dès son accueil, il est indispensable de prendre soin lui, de le protéger et de le rassurer. Accueillir quelqu'un, c'est de lui signifier qu'il est attendu, que nous avons plaisir à le rencontrer. L'idéal, selon le contexte, est de travailler un temps en doublon avec un collègue expérimenté. L'accueil peut se faire en amont de la prise de poste. Il réclame au début les informations primordiales : le repérage des lieux, les outils (protocoles, conduites tenir, etc.) à disposition, les logiciels et leur fonctionnement. L'important est de prendre en considération qu'il est d'abord un soignant en construction. La responsabilité des soins attachée au diplôme ne peut être que partielle car il ne maîtrise pas encore les soins à prodiguer. L'acquisition de repères élargit les responsabilités à assumer.</p>		
<b>La confiance abandon</b>	Il demande que son côté néophyte soit pris en compte à son arrivée afin d'être formé en conséquence.	Tous les nouveaux sont dans la confiance d'abandon lorsqu'ils embauchent dans un service dont ils ne maîtrisent pas la technicité. Elle constate cette situation lors de l'arrivée de la nouvelle cadre.	Elle a l'expérience d'affronter des situations inconnues. L'absence d'aide insécurise et génère de la souffrance. Dorénavant, elle est attentive à ce ressenti chez autrui.
Synthèse	<p>A son arrivée dans ce monde inconnu que représente la psychiatrie pour lui, le jeune infirmier fait entièrement confiance au service pour le prendre en charge. Il se sent totalement démuni. Il souhaite être protégé. Il craint, d'une part, d'être confronté à ses peurs éventuelles de la psychiatrie. Il redoute, d'autre part, ses erreurs par méconnaissance dont il devra assumer la responsabilité que lui imposent son diplôme. La confiance abandon sollicite un accompagnement thérapeutique.</p>		

<b>La confiance émancipatrice</b>	L'exemple de la mission démontre que la confiance émancipatrice facilite l'intégration dans une équipe. Benoît souligne la nécessité d'avoir un minimum d'informations au préalable sur le fonctionnement du service.	A propos de la sortie thérapeutique, il y a une confiance émancipatrice des collègues expérimentées qui va l'aider pour la finalisation du projet.	La confiance que lui porte le cadre augmente sa marge de manœuvre. Mais cela se passe après une certaine expérience en psychiatrie.
Synthèse	<p>La confiance émancipatrice peut s'installer dès l'embauche du nouveau. La participation à une activité, en présence d'un collègue plus expérimenté, est l'occasion de prendre de l'assurance au contact des patients. C'est l'occasion de créer les affinités nécessaires pour construire un accompagnement maïeutique.</p> <p>La confiance émancipatrice responsabilise le jeune soignant pour certains actes professionnels, par exemple une mission, avant sa totale autonomie. En conséquence, le jeune soignant souhaite avoir acquis auparavant suffisamment d'informations ou d'apprentissages avant de réaliser seul ces actes. Un minimum d'expérience professionnelle est requis selon la mission confiée. La confiance émancipatrice est pertinente pour aider le novice à trouver sa place dans l'équipe.</p>		
<b>La confiance réciproque</b>	Dans la clinique, les relations s'effectuent dans une confiance réciproque. Son expérience à l'hôpital démontre qu'elle se construit pas à pas (preuve après preuve ?). La confiance réciproque est le moteur de la prise d'initiatives. Avec la féminisation du métier d'infirmier surtout en psychiatrie, Benoît espère qu'il n'a pas été recruté seulement pour ses muscles.	Ses faibles possibilités d'initiatives perturbent une bonne évaluation de la confiance réciproque.	Elle souligne deux facettes de la confiance réciproque. La première consiste à faire confiance aux compétences certifiées par le diplôme. La seconde donne l'importance à la cohésion d'équipe. La cohésion implique la reconnaissance de compétences différentes et complémentaires chez chaque professionnel composant l'équipe. La priorité repose sur la personne et non sur son diplôme.
Synthèse	<p>Dans un fonctionnement institutionnel, la confiance réciproque est totale et immédiate. Elle permet la prise d'initiatives sans attendre. Dans un fonctionnement hospitalier, elle se construit petit à petit. Il faut peut-être d'abord faire la preuve de ses capacités pour obtenir une certaine confiance de l'équipe. Dans ce cas, elle est contradictoire avec la confiance émancipatrice. la marge de manœuvre du jeune soignant découle de l'étendue de la confiance réciproque.</p> <p>La réciprocité est nécessairement symétrique. Le jeune doit connaître le vrai besoin de l'équipe ou de l'employeur. La perception d'être attendu pour ce qu'il représente, soit un diplôme indispensable pour combler un quota, soit une force physique pour contenir des patients, peut lui générer de la méfiance vis-à-vis de l'équipe. Le processus pour partir va s'enclencher.</p>		



<b>Logique d'établissement</b>	Il affirme que la prise en charge à l'hôpital est radicalement différente de celle en clinique institutionnelle. Dans l'unité de soins actuelle, la maîtrise physique fait partie des soins. Elle est fréquemment utilisée parfois pour se protéger. Le manque de temps pèse sur l'accompagnement.	Caroline regrette n'avoir pas eu d'information sur les outils du service. Ceux de la logique d'établissement sécurisent les nouveaux soignants. La logique d'établissement ne prend en compte que la certification du diplôme. La charge de travail notamment administrative réduit considérablement le temps passé auprès des patients. Les critères de qualité ne sont pas toujours de « bon goût » (les ingrédients pour l'activités cuisine).	Elle démontre que la logique d'établissement s'appuie en priorité sur le diplôme avant la considération de la personne. La lourdeur administrative de la psychiatrie insécurise les débutants.
<b>Synthèse</b>	Le jeune soignant reconnaît l'importance de la logique d'établissement pour faciliter ses premiers jours de travail. Les procédures, les protocoles et la fiche de poste entre autres, le rassurent car ils définissent clairement l'organisation du travail et les tâches à effectuer. En revanche, la lourdeur administrative propre à la psychiatrie (les soins sans consentement) l'insécurise au début. Cette une responsabilité énorme qu'il ne peut assumer tout de suite. Par la suite, c'est du temps de travail fastidieux et obligatoire qui est toujours au détriment des prises en charge auprès des patients. La logique d'établissement ne s'intéresse qu'au diplôme. Le nombre de blouses blanches est alors le témoin de la qualité d'organisation des soins. Cependant, les normes de qualité, très importantes dans la logique d'établissement, ne sont parfois pas en adéquation avec une prise en charge de qualité. Elle reconnaît la contention physique comme une prise en charge, elle est protocolisée. Mais, au nom de l'hygiène, les possibilités d'activité cuisine sont très réduites.		
<b>Logique institutionnelle</b>	Benoît révèle dans ses propos qu'il craint perdre son identité infirmière dans un fonctionnement trop important de logique institutionnelle mais il en apprécie la possibilité d'initiatives.	L'ambiance du service dépend des possibilités de réalisation d'activités. La créativité nécessaire pour leur élaboration est une source de plaisir pour le personnel.	Elle attache beaucoup d'importance aux soins relationnels. Elle s'adresse plutôt à une personne en souffrance qu'à un patient. Elle est sensible au fait que les patients l'appellent par son prénom. Elle n'est plus une infirmière anonyme.
<b>Synthèse</b>	Le jeune soignant apprécie la marge de manœuvre que lui offre la logique institutionnelle. Grâce à la créativité suscitée dans l'élaboration d'activités avec les patients, ils s'impliquent personnellement dans les soins. Tout cela contribue à soigner l'ambiance du lieu de soins. Le travail relationnel en est amélioré. Au début, la logique institutionnelle peut le dérouter. En effet, il a mis trois ans pour réussir à endosser sa blouse d'infirmier diplômé. Il craint perdre cette identité en étant phagocyté par le groupe de moniteurs. Il en est de même à l'hôpital avec le besoin de réaliser des soins techniques. Plus tard, avec un peu d'expérience, il prend plaisir quand son implication personnelle se traduit par la reconnaissance nominative du patient. Son identité professionnelle n'est plus en danger. Il peut quitter sa blouse symbolique.		

<b>Logique d'Institution</b>		Elle attribue la responsabilité du manque de moyens à l'Etat c'est-à-dire à la logique Institutionnelle qui complique terriblement la prise en charge des patients.	
<b>Synthèse</b>	Le jeune soignant peut reconnaître que son employeur n'est pas le seul responsable du manque de moyens nécessaires pour des prises en charge de qualité. Si la cause est niveau de l'Etat, rien ne peut améliorer la situation de son service. Autant aller chercher un autre service qui bénéficie de plus de moyens...		
<b>Conclusion</b>	<p>La logique d'établissement l'aide au début à se repérer. Il y concrétise un apprentissage sur l'identito-vigilance. Mais elle l'éloigne de sa conception des soins.</p> <p>Un accompagnement thérapeutique est utile pour chaque prise de fonction où il est dans une confiance abandon par des responsabilités qu'il ne peut encore assumer. L'approche maïeutique lui permet un peu de se confier mais cette aide orienter vers les besoins du service. Il reconnaît que l'accompagnement initiatique lui a révélé une part de for intérieur. La confiance émancipatrice contribue à se faire une place dans l'équipe.</p> <p>Il envisage plus tard de retourner en clinique institutionnelle, les activités sont plus faciles à mettre en place. Peut-être à partir du moment où il sera prêt pour rechercher sa filiation professionnelle ?</p>	<p>L'accompagnement initiatique ne satisfait pas à Caroline sans un accompagnement thérapeutique au préalable. Dans une confiance d'abandon à son arrivée, elle est en attente d'attentions particulières qui la sécuriseraient. Mais au contraire, elle se sent totalement abandonnée par l'équipe ce qui lui impose un travail très inconfortable.</p> <p>Elle refuse de se sentir « mouler » par l'accompagnement de l'équipe. Elle n'est pas encore prête à perdre son identité infirmière « maternelle », elle attend son changement de service.</p> <p>Ses propos témoignent de son besoin d'imbrication des deux logiques : logique d'établissement pour la sécuriser, logique institutionnelle pour l'exploitation de sa créativité et du plaisir dans son travail.</p>	<p>Dorothée souligne que la logique institutionnelle peut être au service de la logique d'établissement. En effet, les infirmiers les plus expérimentés ont su s'adapter et apportent leurs compétences aux nouveaux. En revanche, elle signale que la logique d'établissement par le temps soignant utilisé pour un travail administratif est au détriment de la logique institutionnelle avec ses activités et sa créativité.</p> <p>Sans aucun accompagnement thérapeutique à son arrivée, elle accepte douloureusement de relever le défi des mises à l'épreuve. Grâce à sa maturité professionnelle, elle utilise sa réflexivité. Elle se construit ses apprentissages. Elle fait son compagnonnage au contact des patients, des soignants et des médecins. Maintenant, elle envisage de continuer à s'investir en psychiatrie. Elle a sa place dans une confiance réciproque au niveau de l'équipe. La stabilisation du patient dans son appartement, ne serait-elle pas sa première œuvre ?</p>
<b>Synthèse</b>	<p>A son arrivée dans un univers qu'il ne connaît absolument pas, le jeune soignant est dans la confiance abandon. Il n'a plus ses repères habituels de technicité. Il est en attente d'un accompagnement thérapeutique. La logique d'établissement est alors un soutien par ses conduites à tenir ou par la fiche de poste.</p> <p>L'accompagnement initiatique est vécu comme une mise à l'épreuve (un rite initiatique ?). Il s'y découvre des capacités encore inconnues. Il ressent l'accompagnement maïeutique comme un leurre. Son but est de le former aux besoins du service. La confiance émancipatrice est efficace à partir d'une petite ancienneté. La confiance réciproque se construit petit à petit, preuve après preuve de part et d'autre. C'est par sa propre construction d'apprentissages qu'il va s'intégrer.</p> <p>La logique institutionnelle contribue à sa fidélisation. Les projets d'activités sollicitent sa créativité. Il prend plaisir dans la relation avec les patients.</p>		

## **IX. Références et index**

### **IX. 1. Table des Figures**

Figure n° 1 Les articulations des trois logiques	p. 19
Figure n° 2 Modélisation de l'accompagnement en psychiatrie : le crible du miroir	p. 28
Figure n° 3 Le mode initiatique et les problématiques de filiation	p. 48
Figure n°4 Le mode initiatique et les problématiques de filiation en psychiatrie	p. 53
Figure n° 5 La Sémiotique de Pierce	p. 65
Figure n° 6 Le tutorat dialogique	p. 68
Figure n° 7 Le positionnement assertif du tutorat dialogique	p. 69
Figure n° 8 Les forces en jeu dans l'investissement professionnel du jeune soignant	p. 86
Figure n° 9 Le portfolio collectif, la médiation entre Soi et les autres	p. 166
Figure n° 10 Le portfolio collectif, la médiation entre le jeune soignant et le service	p. 167
Figure n° 11 Le branchage	p. 168
Figure n° 12 Le tronc	p. 169
Figure n° 13 Les racines	p. 169
Figure n° 14 L'arbre du projet de soins	p. 171

## **IX. 2. Liste des références**

### **IX. 2. 1. Ouvrages**

Agamben, G. (2006). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*. Paris, France : Edition Payot & Rivages.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*, Paris, France : Dunod.

Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris, France : Calmann-Lévy.

Arveiller, J.-P. (dir.). (2002). *Pour une psychiatrie sociale : cinquante ans d'action de la Croix Marine*. Ramonville-Sainte-Agne, France : Erès.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Edition « quatrige » 2<sup>ème</sup> tirage, septembre 2009, Paris, France : PUF.

Ben Mrad, F. (2008). *Médiation et régulations négociées par un tiers : une question de principe*, in F. Ben Mrad (dir.), *Penser la médiation*, Paris, France : L'Harmattan.

Bougnoux, D. (1998). *Introduction aux Sciences de la Communication*. Paris, France : La Découverte.

Boutinet, J.-P., Denoyel, N., Pineau, G. et Robin J.-Y. (dir.) (2007). *Penser l'accompagnement adulte Ruptures, transitions, rebonds*. Paris, France : PUF.

Christou, P. et Papastamatis, K., (2002). *Dieux et Héros dans la Mythologie Grecques, La Guerre de Troie, l'Odyssée et l'Enéide* (R.-M. Olivier, trad.). Florence, Italie : Casa Editrice Bonechi.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, France : Points Politique.

Dubet, F. (2002). *Le Déclin de l'Institution*, Paris, France : Editions du Seuil.

Florin, A. (2002). *Parler ensemble en maternelle, la maîtrise de l'oral, l'initiation à l'écrit*. Paris, France : Ellipses.

Homère (n.d.). *L'Odyssée* (V. Bérard, trad., 1931). Paris, France : Le Livre de Poche.

Imbert, F. (2010). *Vocabulaire pour la Pédagogie Institutionnelle*. Vigneux, France : Matrice.

Lemoigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, France : Dunod.

Lohisse, J. (2006). *La Communication, de la transition à la relation*. Bruxelles, Belgique : de Boeck. (2<sup>ème</sup> éd. Revue et corrigée par Klein, A.).

Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (dir.) (2009). *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, France : petite Bibliothèque Payot.

Origgi, G. (2008). *Qu'est-ce que la confiance ?*. Paris, France : Librairie Philosophique J. Vrin

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, France : L'Harmattan.

Privat, P., Quélin-Souligoux, D. (2005). *Travailler avec les groupes d'enfants, Approche thérapeutique*, Paris, France : Dunod.

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 2<sup>ème</sup> édition, Paris, France : Dunod.

Rosnay, J.-P. de (1975). *Le macroscopie, Vers une vision globale*. Paris, France : éd. Du Seuil.

Stiegler, B. (2008). *Prendre soin de la jeunesse et des générations*. Paris, France : Flammarion.

## **IX. 2. 2. Chapitres dans un ouvrage collectif**

Cornu, L. (2006). La confiance comme relation émancipatrice. Dans A. Ogien et L. Quéré (dir.), *Les moments de la confiance : Connaissance, affects et engagements* (p. 169-190). Paris, France : ECONOMICA.

Denoyel, N. (2007). Réciprocité interlocutive et accompagnement dialogique. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau et J.-Y. Robin (dir.), *Penser l'accompagnement adulte, Ruptures, transitions, rebonds* (p. 149-160). Paris, France : PUF.

Hess, R. (2002). INSTITUTION, L'instituant, l'institué, l'institutionnalisation, l'analyse institutionnelle. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychologie* (p. 181-182). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Kaës, R. (2004) Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaire. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Paris, France : Dunod.

Kerényi, C. (1951), « De l'origine et du fondement de la mythologie », in C.G. Jung & C. Kerényi (dir.), *l'essence de la mythologie* (p. 11-41). Paris, France : petite bibliothèque payot. (rééd. 1980).

Laffitte, R. (2009). Les sarcasmes de Fernand Oury : Un héritage d'instituteur. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 61-70). Vigneux, France : Matrice

Laffitte, R. (2009). Ecole et pédagogie : Questions sans réponses et réponses sans questions. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La Pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 79-91). Vigneux, France : Matrice.

Pesce, S. (2009). Lieu et Milieu dans la Pédagogie de Fernand Oury : le Complexe Educatif. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La Pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 213-227). Vigneux, France : Matrice.

Oury, F. (1988). Passeport pour l'avenir, La recherche pédagogique. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La Pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 165-170). Vigneux, France : Matrice.

Oury, J. (2009). La pédagogie Institutionnelle vue par une petite fille, Au commencement des chemins. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La Pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 13-19). Vigneux, France : Matrice.

Pain, J. (2009). Fernand Oury. Dans L. Martin, P. Meirieu et J. Pain (dir.), *La Pédagogie Institutionnelle de FERNAND OURY* (p. 23-27). Vigneux, France : Matrice.

### **IX. 2. 3. Articles de périodiques**

Boutinet, J.-P. (2011). Un imaginaire contemporain saturé de responsabilité, *Education Permanente*, n° 187. p. 9-21

Cornu, L. (1998). La confiance dans la relation pédagogique , *Le Télémaque*, n°13 Usages de l'Histoire, p. 111-122.

Cornu, L. (2000). ETUDE Les métiers « impossibles », *Le Télémaque*, n° 18, p. 117-128

Cornu, L. (2004). *Du processus au cadre « processus de symbolisation et symbolique du cadre »*, in *Revue « Ecrits et manuscrits de la maison familiale »*, *Cahiers de l'APMF*, n°2, Colloque de Lille, octobre 2004, p. 65-74

Delion, P. (2000). Réhabiliter la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui. *Institutions, Revue de psychothérapie institutionnelle*, n°27, p. 20-25

Heslon, C. (2011). « Comment (se) former à la responsabilité d'autrui à défaut d'autorités pour en répondre ? », *Education Permanente*, n° 187, p. 147-157

#### **IX. 2. 4. Ouvrages consultés**

Quevauvillers, J, Perlemuter, L. et al. (dir.) (1980). *Cahiers de l'infirmière*, Paris, France : Masson.

Hanus, M. & Louis, O. (2003). *Psychiatrie de l'étudiant*, Paris, France : Maloine. (10<sup>ème</sup> éd.).

#### **IX. 2. 5. Mémoires**

Rambaud, M. (2011). *Du métier imaginé en psychiatrie durant la formation à la réalité du quotidien et au Réel de la folie une fois en poste : Un infirmier symbolique en construction grâce à un accompagnement favorisant la créativité*. « mémoire de master 1 non publié ». Université François Rabelais, Tours, France.

#### **IX. 2. 6. Textes en lignes**

Meirieu, P. (2006). *Peut-on encore « faire l'école » aujourd'hui ?*. Récupéré le 02/02/2011 du site de l'auteur : [www.meirieu.com/.../enseignercestdecider.ppt](http://www.meirieu.com/.../enseignercestdecider.ppt).

#### **IX. 2. 7. Vidéos**

Oury, J. (1996). « L'invisible », bonus du DVD de Nicolas Philibert sur « la moindre des choses », Ed : Montparnasse 2002

Compact Disk :

Nougaro, C. (2004), *La note bleue*, Paris, Les Editions du Chiffre Neuf



<b>IX. 3. Table des Matières</b>	
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Poursuite de la première recherche : un contexte traversé par trois logiques .....</b>	<b>5</b>
I. 1. Rappel du contexte .....	5
I. 2. Une évolution accélérée du contexte .....	7
I. 3. L'émergence de paradoxes .....	8
I. 4. Retour sur le concept d'Institution .....	11
I. 5. Les différentes logiques de l'Institution hospitalière .....	13
I. 5. 1. Logique d'Institution : une prise en charge économique d'un résident en France.....	13
I. 5. 2. Logique d'établissement : une prise en charge sociologique de l'individu.....	13
I. 5. 3. Logique institutionnelle : une prise en charge philosophique et thérapeutique de la personne .....	15
I. 5. 4. L'articulation des trois logiques .....	17
I. 5. 5. Les services de psychiatrie : le carrefour de deux logiques .....	19
I. 5. 5. 1. De l'Institution .....	20
I. 5. 5. 2. ... à l'institutionnel.....	20
I. 6. La crise : un point de tension entre les deux logiques .....	21
I. 7. L'accompagnement dans cette tension ? .....	22
<b>II. La problématique d'une stratégie de l'accompagnement.....</b>	<b>24</b>
II. 1. Rappel sur le concept de prendre soin.....	24
II. 2. Retour sur le concept d'accompagnement. ....	26
II. 3. L'accompagnement : un système complexe .....	29
II. 3. 1. Une approche stratégique pour construire l'accompagnement .....	30
II. 3. 2. Leurre du tutorat en psychiatrie .....	30
II. 3. 3. Intégrer la nouveauté comme une valeur .....	31
II. 3. 4. L'accompagnement ternaire : l'importance de l'institution.....	31
II. 3. 5. Une pensée stratégique du gagnant/gagnant/gagnant .....	32
II. 4. L'accompagnement : une responsabilité plurielle.....	33
II. 4. 1. Un peu d'histoire.....	33
II. 4. 2. Des responsabilités divergentes .....	33
II. 4. 3. Le paradoxe chez le professionnel débutant .....	34
II. 5. L'accompagnement : une temporalité multiple.....	35
II. 5. 1. L'hôpital, une entreprise à plusieurs vitesses.....	35
II. 5. 2. Les temps des soignants .....	35

II. 6. L'accompagnement : l'alternance entre l'action et la réflexion.....	36
II. 6. 1. L'action sur des objets .....	36
II. 6. 2. L'action entre sujets .....	36
II. 6. 3. Un accompagnement réflexif .....	37
<b>III. Nouvel approfondissement : Trois figures de l'accompagnement.....</b>	<b>38</b>
III. 1. Un approfondissement de l'accompagnement.....	38
III. 1. 1. L'accompagnement tout au long de la vie .....	38
III. 1. 2. Des typologies variées .....	39
III. 1. 3. Accompagner : une sémantique tri directionnelle .....	42
III. 1. 4. Une origine mythologique .....	43
III. 2. Ulysse et l'initiation.....	44
III. 2. 1. L' <i>Odyssée</i> .....	45
III. 2. 1. 1. Télémaque, à la recherche de son père .....	45
III. 2. 1. 2. Le récit d'Ulysse à Alcinoos.....	45
III. 2. 1. 3. De retour à Ithaque, la vengeance d'Ulysse .....	46
III. 2. 2. L'accompagnement initiatique .....	46
III. 2. 3. L' <i>Odyssée</i> du jeune soignant .....	51
III. 2. 4. La confiance : une conjugaison multiforme .....	55
III. 2. 4. 1. Une étymologie latine .....	55
III. 2. 4. 2. Une sémantique nuancée .....	56
III. 2. 4. 3. Les différentes formes de la confiance .....	57
III. 2. 4. 4. Les confiances et le jeune infirmier.....	59
III. 2. 5. Conclusion de l'initiation : le paradoxe de la confiance chez les jeunes infirmiers.....	60
III. 3. Socrate et la maïeutique .....	61
III. 3. 1. Le langage : des mots pensés, des maux pensés .....	64
III. 3. 1. 1. Une définition du langage.....	64
III. 3. 1. 2. L'approche pragmatique de la linguistique .....	67
III. 3. 2. Conclusion de la maïeutique : une mise en travail par un accompagnement dialogique.....	70
III. 4. Hippocrate et le mode thérapeutique .....	70
III. 4. 1. Un accompagnement thérapeutique : la Pédagogie Institutionnelle .....	72
III. 4. 1. 1. Historique de la Pédagogie Institutionnelle.....	72
III. 4. 1. 2. L'ossature de la Pédagogie Institutionnelle .....	73
III. 4. 1. 3. Les 4 L : symboles de la Pédagogie Institutionnelle .....	76
III. 4. 1. 4 La praxis .....	78
III. 4. 1. 5. La formation des instituteurs à la pratique de la Pédagogie Institutionnelle .....	80
III. 4. 1. 6. Une modélisation de la Pédagogie Institutionnelle : l'Atomium.....	81
III. 4. 2. Conclusion : le mode thérapeutique et la PI, fomentent le désir d'apprendre.....	81
III. 5. Conclusion : L' <i>Odyssée</i> du jeune soignant en psychiatrie .....	82
<b>IV. Reformulation de l'hypothèse .....</b>	<b>84</b>

<b>V. A l'épreuve de l'enquête de terrain.....</b>	<b>88</b>
V. 1. La méthodologie employée.....	88
V. 1. 1. Le choix de la méthode.....	88
V. 1. 2. La population cible.....	88
V. 1. 3. Le guide d'entretien.....	88
V. 1. 4. L'organisation des entretiens.....	89
V. 1. 5. La retranscription.....	90
V. 1. 6. La méthode d'analyse.....	90
V. 1. 6. 1. Le premier filtre.....	91
V. 1. 6. 2. Le deuxième filtre.....	93
V. 1. 7. Une critique réflexive.....	93
V. 2. L'analyse des données.....	94
V. 2. 1. Benoît : de la clinique institutionnelle à l'hôpital.....	94
V. 2. 1. 1. L'intégration.....	95
V. 2. 1. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques.....	101
V. 2. 1. 3. Confrontation à l'hypothèse.....	109
V. 2. 2. Caroline : un déménagement, des ruptures.....	109
V. 2. 2. 1. L'intégration.....	109
V. 2. 2. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques.....	118
V. 2. 2. 3. Confrontation à l'hypothèse.....	123
V. 2. 3. Dorothée : une affectation imposée.....	124
V. 2. 3. 1. L'intégration.....	124
V. 2. 3. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques.....	133
V. 2. 3. 3. Confrontation avec l'hypothèse.....	139
V. 2. 4. L'analyse transversale.....	140
V. 2. 4. 1. L'intégration.....	140
V. 2. 4. 2. Des accompagnements, des confiances et des logiques.....	142
V. 2. 4. 3 Confrontation à l'hypothèse.....	145
V. 3. Retour à l'hypothèse.....	146
V. 3. 1. Dernière reformulation.....	146
V. 3. 2. Ultime mise à l'épreuve.....	148
<b>VI. Propositions d'actions.....</b>	<b>154</b>
VI. 1. La médiation : jamais deux sans trois.....	154
VI. 1. 1. Un peu d'histoire... ..	154
VI. 1. 2. Le médiateur : du bon sens et du savoir-être.....	155
VI. 2. Le groupe d'analyse des pratiques.....	156
VI. 3. La consolidation d'un « Moi-peau professionnel ».....	157
VI. 3. 1. Le Moi-peau : un filtre protecteur.....	158
VI. 3. 2. Le mythe de Marsyas.....	159
VI. 3. 3. Le poids des mots, le Moi-peau.....	160
VI. 3. 4. La médiation, une protection pour le patient.....	160
VI. 3. 5. Le « Moi-peau professionnel » du soignant.....	160
VI. 3. 6. La médiation, protection pour le soignant.....	161

VI. 3. 7. Médiation et fidélisation du soignant inexpérimenté .....	163
VI. 4. L'équipe soignante : une aire transitionnelle.....	163
VI. 4. 1. Une homogénéité de singularités.....	163
VI. 4. 2. Construire un projet de soins comme un portfolio collectif .....	164
VI. 4. 3. Une démarche du portfolio : l'exemple de " <i>effe</i> " .....	165
VI. 4. 4. Le portfolio collectif : la singularité au service du groupe.....	166
VI. 4. 5. Le projet de soins, arbre de médiation de l'intergénérationnel et de l'interculturel .....	167
VI. 4. 5. 1. Le branchage.....	167
VI. 4. 5. 2. Le tronc.....	168
VI. 4. 5. 3. Les racines .....	169
VI. 4. 5. 4. Le cycle de l'arbre, une praxis à méditer.....	170
VI. 5. Le trépied du compagnonnage instituant.....	172
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>174</b>
<b>VIII. Annexes .....</b>	<b>177</b>
Les Mots .....	177
VIII. 1. Guide d'entretien .....	178
VIII. 2. Entretien de Benoît .....	181
VIII. 3. Entretien de Caroline .....	192
VIII. 4. Entretien de Dorothée .....	204
VIII. 5. Entretien de Fiona .....	217
VIII. 6. Tableaux d'analyse .....	230
VIII. 6. 1. Tableau analyse d'entretien Benoît.....	230
VIII. 6. 2. Tableau analyse d'entretien Caroline.....	261
VIII. 6. 3. Tableau analyse d'entretien Dorothée .....	302
VIII. 6. 4. Tableau d'analyse transversale des entretiens .....	347
<b>IX. Références et index.....</b>	<b>355</b>
IX. 1. Table des Figures.....	355
IX. 2. Liste des références .....	356
IX. 2. 1. Ouvrages .....	356
IX. 2. 2. Chapitres dans un ouvrage collectif.....	358
IX. 2. 3. Articles de périodiques .....	359
IX. 2. 4. Ouvrages consultés .....	360
IX. 2. 5. Mémoires .....	360
IX. 2. 6. Textes en lignes .....	360
IX. 2. 7. Vidéos .....	360
IX. 3. Table des Matières .....	361

# **L'Odyssée du jeune infirmier en psychiatrie :**

## **Pour un compagnonnage instituant**

**Martial RAMBAUD, 2013**

Université François Rabelais - Tours

Master Professionnel 2<sup>ème</sup> année – Arts, Lettres & Langues

Sciences de l'Éducation et de la Formation tout au long de la vie

Stratégies et Ingénierie en Formation d'Adultes

### Résumé :

Les services de psychiatrie souffrent toujours du manque de fidélisation des jeunes soignants. Cadre de santé, l'auteur dans une première recherche a révélé le paradoxe des crises des patients psychotiques. Une certaine impuissance à les gérer déclenche leur décision de partir. En revanche, la réussite renforce leur envie de s'investir.

Aujourd'hui, sa recherche se poursuit à partir de ce point crucial. Une approche contextuelle dévoile l'implication de différentes logiques dans les établissements de santé notamment une tension entre une logique d'établissement et une logique institutionnelle.

L'auteur associe alors les soignants inexpérimentés dans des situations difficiles à Ulysse dans les épreuves de *l'Odyssée*. Les figures de la mythologie l'invitent à réfléchir sur trois modes d'accompagnement : initiatique, maïeutique et thérapeutique dans lesquels se conjuguent différentes formes de confiance. L'enjeu est d'accélérer leur intégration grâce à un compagnonnage instituant.

### Mots clés :

Institution, accompagnement, confiance, compagnonnage instituant

### Abstrat :

The psychiatric wards suffer a lack of loyalty regarding nursing care staff. As a healthcare executive, the author in the first research reveals the paradox of the psychotic patients' attacks. Being unable to face such encountered situations, most of the new staff members prefer to quit the job. However, their success tends to strengthen their desire to devote themselves to the vocation of mental care nursing.

The crucial point of view is, in fact the starting point of the present research. A contextual approach reveals the existence of different logics in healthcare establishment due to a strained relationship between establishments' logic and the institutional logic.

The author matches then inexperienced nurses, in difficult situations with Ulysses in the ordeals of the *Odyssey*. In fact, mythological figures lead the author reflection to three mentoring methods : initiatory, maieutics and therapeutics in which different forms of confidence combine. Therefore, the stake is to accelerate their integration by instituting companionship.

### Key words :

Institution, mentoring, confidence, instituting companionship