

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

Dynamique des Relations Interpersonnelles en Santé Mentale

Travail de Bachelor

Demole Charlotte N° 07417868

Sublet Etienne N° 08580292

Directrice: Maillard Strüby Françoise, IL, PhD.

Membre du jury externe: Niefer Michel, Cadre de santé, Hôpitaux Universitaires de
Strasbourg.

Genève, 21 octobre 2012

Déclaration

«Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute Ecole de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEDS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie».

Fait à Genève, le 24 septembre 2012

Charlotte Demole & Etienne Sublet

Un grand remerciement

À notre directrice de travail de Bachelor **Françoise Maillard Struby**, pour son aide précieuse.

À Michel Niefer, membre de notre jury.

Aux différents infirmiers, qui ont accepté de partager leurs expériences afin de contribuer à l'évolution de la science infirmière.

Aux patients, qui nous offrent la possibilité de partager leurs expériences.

À toutes les personnes qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de cette année.

Résumé

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'obtention du diplôme de Bachelor en soins infirmiers. Deux études de cas sont présentées, concernant des personnes qui vivent des difficultés prenant forme dans la dynamique de leurs relations interpersonnelles et sociales. Des modèles théoriques infirmiers (King, Travelbee, Peplau, Watson) centrés sur la relation sont présentés en référence à la connaissance infirmière spécifique ainsi que l'art de la pratique congruente avec ces modèles conceptuels théoriques.

Mots-clefs

Relations interpersonnelles; science infirmière (King, Peplau, Travelbee, Watson); étude de cas; attitude; anorexie; personnalité borderline; vulnérabilité.

Interpersonal relationship; nursing science (King, Peplau, Travelbee, Watson); case study attitude; anorexia; borderline personality; vulnerability.

Table des Matières

1. Introduction	1
1.1 Nos motivations	1
1.1.1 Motivations de chacun des auteurs	2
1.1.2 Motivation Charlotte	2
1.1.3 Motivation Etienne.....	4
1.1.3 Lectures.....	5
1.2 Référentiel de compétences	5
1.3 Cadre de modalité	6
1.4 Objectifs d'apprentissage	6
1.5 Évolution de notre questionnement	7
2. Problématique	9
2.1 Hypothèses	9
2.2 Buts et objectifs	9
2.4 Les limites de notre travail	10
3. Le cadre de référence	11
3.1 Introduction	11
3.2 Synthèse des articles théoriques et de recherche	11
3.2.1 Recension des articles sur les bases de données	11
3.2.2 Recension des articles en référence à une étude de cas	12
3.3. Le cadre théorique	12
3.3.1 Perspective en science infirmière.....	13
3.3.2 Théorie de l'atteinte des buts et art de la pratique selon King	13
3.3.3 Modèles théoriques et art de la pratique selon Watson, Peplau, Travelbee.....	19
4. Méthodologie d'étude de cas	29
4.1 Étude de cas selon la perspective infirmière de King	29
4.1.2 Recherche.....	40
4.2 Étude de cas selon la perspective infirmière de Travelbee & Peplau	43
4.2.1 Recherche.....	56
4.3 Pensée réflexive études de cas	59
4.4 Analyse de l'entretien	78
5. Recommandations	86
6. Conclusion	89
6. Bibliographie	90

1. Introduction

Ce travail de *Bachelor of Sciences Hes-so en Soins Infirmiers* est né de nos expériences respectives et de notre fascination commune pour l'humain et les relations humaines. Nous avons alors décidé de construire ce travail de mémoire ensemble autour de ce qui touche au développement d'une relation en psychiatrie.

Nous avons voulu valoriser ce qu'est la pratique enracinée dans une perspective scientifique. Nous voulons illustrer ce lien théorie, pratique et recherche sous l'angle de la science infirmière, et plus précisément du paradigme de la totalité (Parse, 1997-2011) en référence à plusieurs modèles conceptuels de King, Travelbee, Watson, Peplau, avec l'idée que nous sommes à la veille du développement de notre activité professionnelle.

Nous présentons nos motivations, la problématique, le cadre de référence, la méthodologie d'étude de cas, les recommandations et la conclusion.

1.1 Nos motivations

Lors de notre formation en Bachelor of Sciences Hes-so en Soins Infirmiers nous avons tous deux rapidement été interpellés par la dimension humaine des soins. Au fur et à mesure de nos échanges s'est dessinée une vision de la posture soignante dans laquelle nous souhaiterions nous investir dans notre pratique future du métier d'infirmier.

Par la dimension humaine des soins, nous entendons par définition tout ce qui constitue l'humain; ses mécanismes, ses forces, ses vulnérabilités, sa capacité à interagir avec son environnement, à le juger, l'exploiter, l'utiliser, l'améliorer; sa capacité à s'interroger sur sa propre existence et à œuvrer pour le bien-être de sa personne. Ceci rejoint les quatre concepts clés du métaparadigme de Fawcett (2005): être humain, santé, environnement et soin.

Ainsi, selon nous, une des manières de mener à bien cette perspective passe par la nécessité de se questionner sur la dynamique de la relation soignante. Ces interrogations ont été intensifiées par nos différentes expériences de stage dans le contexte du travail en équipe interprofessionnelle et interdisciplinaire.

1.1.1 Motivations de chacun des auteurs

1.1.2 Motivation Charlotte

Le choix de mes études a été largement influencé par ma fascination de l'être humain et par la valeur que j'attache à la possibilité de comprendre une autre personne. C'est cela qui quelques années plus tard, m'a amené à m'intéresser au contact qu'un soignant peut avoir avec une personne souffrant d'une maladie mentale et à chercher les comportements qui soutiennent le développement d'une relation de confiance et de croissance pour les deux personnes.

Je pense que ce mémoire est né de la tristesse que j'ai éprouvée en entrant dans le monde de la santé, lorsque j'observais les relations humaines. Pour moi, ce monde était un monde de relations, nous étions là pour aider l'autre et le bien-être de celui-ci était la priorité absolue. J'ai malheureusement été choquée de voir à quel point la communication et les connexions n'étaient pas le point fort de ce milieu. J'assistais à un paradoxe à mon avis central: dans un milieu où l'être humain est dans une situation de grande vulnérabilité, les soignants optent souvent pour un comportement froid et distant. Je ressentais un sentiment de violence et de maltraitance psychique. J'étais impuissante et révoltée. Je voulais comprendre ce qui pouvait amener un soignant à adopter ce comportement. Cela se passait comme si la vision de la vulnérabilité d'autrui faisait écho en eux et les renvoyaient à quelque chose d'insupportable. Alors je me suis posé la question de savoir ce qui pouvait bien être aussi insupportable pour que plusieurs personnes adoptent le même comportement distant.

Évidemment, il y a les situations diverses que vivent les patients qui peuvent être difficiles à affronter. Mais au fond, qu'est-ce qui se cache derrière les apparences de ces situations? Pour moi, la réponse est simple, la vulnérabilité de ces personnes est si visible, qu'elle renvoie les soignants à leur propre vulnérabilité. La vraie question est: qu'est-ce qui nous pose problème dans le fait de voir ou de montrer notre vulnérabilité? La peur, la honte, la culpabilité, le manque de confiance en soi?

Ayant vécu une expérience personnelle m'ayant amené à côtoyer le monde de la santé, je ne connaissais pas sur quoi était basé le rôle infirmier, par contre, je vivais une expérience en tant que patiente. Alors que je me sentais vulnérable, je désirais simplement que quelqu'un soit là, et qu'il m'écoute «avec son cœur, et non pas avec sa tête». Cela explique pourquoi ce fut si difficile pour moi d'observer certains soignants adopter une attitude distante avec des personnes vivant des difficultés. Pour moi, soigner était un art qui demandait de nombreuses connaissances, mais avant tout la capacité d'être authentique et à l'écoute de ce que vit la

personne. À mon sens, cette difficulté qu'on les soignants à se montrer vulnérables, à se laisser voir, est un obstacle à la connexion avec autrui, à la relation.

Dans le contexte d'un stage en salle de réveil de gynécologie obstétrique (Annexe, I), j'ai été particulièrement marquée par une situation. Une patiente venait d'accoucher d'un petit garçon prématuré qui se trouvait en néonatalogie pour recevoir des soins aigus. Cette maman m'apparaissait perdue, démunie. Par ailleurs, j'avais eu connaissance par l'équipe que Madame souffrait de schizophrénie et était dépendante de nombreuses substances, même si selon elle, elle avait arrêté l'héroïne pour mener à bien sa grossesse désirée. Au cours d'une discussion informelle, elle parlait en intériorité, lorsqu'elle leva les yeux pour me regarder: «J'ai peur de faire faux, tout à l'heure je lui ai mis ses petits chaussons à l'envers et j'ai senti le regard des soignants autour de moi, je ne suis pas capable de m'en occuper, je ne sais pas comment faire». Au cours de la journée, j'avais entendu quelques remarques négatives vis-à-vis de cette patiente, quelques mots lancés en l'air: «violente, psy, toxico, manipulatrice, etc.». Un soir, j'entendis une anesthésiste parler de cette patiente en disant que «les psy» sont dangereux et manipulateurs. Je me suis alors interrogée sur ces préjugés. Je voyais une femme, maman d'un bébé prématuré qu'elle visitait dans l'unité des soins intensifs. Elle suivait divers traitements liés à sa dépendance aux substances, mais surtout, elle était là parce qu'elle venait de donner naissance à un bébé prématuré. La priorité était pour moi de lui offrir des moments de relations significatifs pour elle, avec l'espoir que cette maman puisse développer sa confiance à s'occuper de son bébé. Or, le bien-être psychique de la mère en lien avec son enfant semblait être de peu d'importance pour quelques soignants, pour qui les apparences avaient pris le dessus sur l'idée du soin à une personne en souffrance, vivant des circonstances inattendues.

À travers cette expérience, j'ai remarqué que les propos de différents membres de l'équipe interprofessionnelle rejoignaient des commentaires stéréotypés concernant les personnes qui vivent des maladies psychiatriques, révélant probablement des représentations fondées sur la peur de la différence et une stigmatisation automatique représentée par une pseudo curiosité sans intention de bienveillance. J'ai pris conscience que ces attitudes de jugement créaient une barrière entre les soignants et le patient, et qu'elles participaient à l'isolement et à la détresse de ce dernier, plutôt qu'à une évolution favorable de sa personne. Cet épisode a été l'un des moteurs qui m'ont donné l'envie de rechercher des manières d'éviter les formes de maltraitements et de développer des relations aidantes, notamment dans le domaine de la psychiatrie.

1.1.3 Motivation Etienne

J'ai effectué mon stage de pédiatrie dans l'unité des bébés, prenant en soins principalement des nouveau-nés âgés de 2 mois à 2 ans présentant des problématiques de médecine interne. Cette unité est géographiquement voisine de l'Unité de Développement, unité dédiée à l'accueil des bébés nés dans des contextes sociaux compliqués, souvent pour une prise en charge tant somatique, relevant de problématiques de sevrage aux toxiques (enfant de mères souffrant de toxicomanie), que psychologiques et relationnelles.

Cette unité comportant un nombre limité de lits, il arrive que certains patients soient confiés à l'unité des bébés, ce qui fût le cas lors de mon stage.

J'ai donc eu l'occasion d'observer l'équipe de mon unité prenant en soins une jeune maman de 16 ans ainsi que son bébé, pour une « observation de la relation mère/enfant ».

Durant les deux semaines de cette prise en soins, plusieurs faits que j'ai pu observer ou entendre lors des transmissions infirmières m'ont amené à me poser un certain nombre de questions:

- Comment peut-on objectivement juger de la bonne ou mauvaise manière d'entrer en relation avec son enfant?
- Les soignants se basent-ils sur des «standards» de relation, des protocoles, leurs propres expériences, leur propre vision de la relation, leur considération de la cellule familiale, une conception idéale et personnelle de ce que doit être une «bonne mère»?
- Se basent-ils sur leurs propres expériences, leurs propres représentations, sont-ils conscients de l'influence de leur histoire personnelle?
- Finalement, en se concentrant de manière exclusive sur leur observation d'un schéma, ont-ils encore à l'esprit qu'il s'agit de relations purement humaines, et non de simples relations de sujets à sujets? Qu'au-delà du jugement qu'ils portent sur la personne concernée, l'une de leurs missions est d'entrer en relation avec elle afin non pas de simplement la juger, mais de considérer ses compétences d'être humain et de maman en devenir.

Si ces questions me sont venues à l'esprit c'est avant tout parce que j'avais le sentiment que la position que m'offrait mon statut d'étudiant me permettait de prendre un certain recul, me fiant non seulement à mes acquis théoriques enseignés à l'école, mais également à la vision que je me faisais à ce moment-là du rôle et du positionnement de l'infirmier en tant qu'être humain à proprement parlé.

Ce qui m'a principalement posé problème dans ce cas est le fait que j'avais l'impression que l'équipe était focalisée sur le fait qu'elle était trop jeune pour être maman, qu'elle n'avait aucune perspective d'avenir et qu'elle n'était pas apte à être maman. À titre d'exemple, sous

prétexte que la patiente s'absentait quelquefois le soir pour rejoindre ses amis, et qu'elle allaitait son enfant, une des infirmières a réussi à faire une toxicologie dans les urines du bébé, émettant l'hypothèse qu'elle consommait des toxiques en dehors de l'hôpital. Cette analyse d'urine a été présentée à la maman comme étant un test de routine et à aucun moment elle n'a été mise au courant des soupçons encourus.

1.1.3 Lectures

À partir de ces observations, nous avons entrepris un questionnement de la dynamique de ces stigmatisations et nous nous sommes particulièrement questionnés au sujet des représentations des professionnels et de l'impact de celles-ci sur la qualité des relations avec les personnes en situation de soin. Afin d'étayer notre réflexion, en regard de ce que nous avons vécu en stage, nous avons effectué un certain nombre de lectures et y avons associé les sciences humaines, et particulièrement la sociologie, l'anthropologie et la philosophie. Nous nous sommes intéressés aux notions de représentations et de stigmatisation à travers des auteurs tels que: (Goffman, 1963; Kohl, 2006; Saillant & Gagnon, 1999; Defromont, 2003; Jodelet, 1989) et amorcé un questionnement en lien avec l'évolution de la science infirmière, en référence à différents modèles conceptuels et théories situées dans l'holarchie des connaissances (Fawcett, 2005).

Toutes ces lectures nous ont orientés vers plusieurs modèles conceptuels et théories de science infirmière s'articulant autour de la dynamique des relations interpersonnelles et offrant une méthodologie de pratique congruente avec les concepts théoriques annoncés, et ayant inspirés des recherches dans le domaine de la science infirmière. Aussi, une partie de ce travail sera vue sous l'angle de l'école de l'interaction, et plus particulièrement au travers du modèle système conceptuel de King (1971-1997) et de sa théorie de l'atteinte des buts (1971). Une seconde partie de ce travail abordera les modèles théoriques préparadigmatiques de Peplau (1952-1992), Travelbee (1978) ainsi que le modèle du Caring de Watson (1979-1988-2008) plus particulièrement les valeurs en lien avec les processus caritatifs (Watson, 2008).

1.2 Référentiel de compétences

Ce travail de bachelor est l'occasion de mobiliser des compétences essentielles à la pratique infirmière (HES-SO, 2007) et d'explicitier des connaissances spécifiques à la science infirmière dans le lien théorie-pratique-recherche.

Les compétences spécifiques mobilisées sont:

- Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé (compétence 3)
- Contribuer à la recherche en soins et santé (compétence 5)
- Exercer sa profession de manière responsable et autonome (compétence 9)
- Évaluer ses prestations professionnelles (compétence 4)
- Participer aux démarches qualité (compétence 8)

Ces compétences sont illustrées dans le contexte de la Santé Mentale et Psychiatrie.

1.3 Cadre de modalité

Dans le cadre de la modalité, ce travail s'appuie sur de nombreux écrits. Proche d'une revue de la littérature, il prend forme dans un projet de groupe (deux étudiants en Soins Infirmiers) qui souhaite répondre à un questionnement de recherche en incluant une phase empirique.

Le projet de groupe, accompagné d'une professeure, s'articule autour de deux études de cas.

Ce travail (HES, 2007) intègre les deux visées d'un travail de recherche en formation, soit: une visée de formation personnelle théorique ainsi qu'une visée de formation personnelle d'ordre méthodologique.

1.4 Objectifs d'apprentissage

Ce travail de bachelor a pour but de développer un sujet en lien avec nos intérêts particuliers, et d'orienter notre future pratique professionnelle.

Les objectifs d'apprentissage font référence à l'article 12 des «Directives de filière du Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers» du 8 septembre 2006:

- a) L'élaboration d'un questionnement professionnellement pertinent
- b) Un choix approprié et l'utilisation pertinente de références théoriques
- c) L'utilisation d'une méthodologie appropriée
- d) Des capacités d'analyse et d'argumentation
- e) Une mise en perspective fondée sur les résultats obtenus et les conclusions dégagées

En regard de ces compétences, nous avons mené ce travail avec un cadre de référence spécifique à chacun, tout en conservant notre questionnement commun et en nous inscrivant tous deux dans le paradigme de la totalité (Parse, 1997, 2011). Nous souhaitons enraciner notre pratique dans le métaparadigme (Fawcett, 2005) et les concepts de: être humain - santé -

environnement - soin, particulièrement selon la perspective de King (1971-1997) Peplau (1952-1992), Travelbee (1978) et Watson (1988).

Notre objectif commun est de fortifier notre future pratique, en s'interrogeant sur la posture infirmière. Au fil de notre questionnement nous avons valorisé le lien théorie, pratique, recherche interprofessionnelle et interdisciplinaire et élaboré une étude de cas à partir de notre expérience en pratique lors de nos stages.

Au fil de ce travail, nous souhaitons développer nos connaissances et nourrir nos compétences en pratique de manière à être au cœur de ce qui fait sens pour nous, la dynamique de relation-personne-groupe-infirmière. Nous sommes intéressés par l'atteinte des buts de la personne et nous essayons de comprendre quelles sont les conditions favorisant une relation de confiance propice à la croissance ou au maintien de l'état de santé de la personne.

1.5 Évolution de notre questionnement

Lors de discussions d'analyse des pratiques professionnelles quelques fois passionnées, au cours desquelles nous exprimions nos révoltes en lien avec des expériences en pratique, et tentions de faire émerger en pratique réflexive des thèmes qui se dégagent de nos observations, des sujets tels que la maltraitance, la déshumanisation, la stigmatisation des personnes souffrant de maladie mentale retenaient notre attention alors que nous tentions de transformer notre expérience de frustration en une expérience d'apprentissage intégrant l'expérience émotionnelle. En cherchant à élaborer des alternatives, nous nous sommes intéressés au thème des représentations et à la dynamique de construction d'attitudes, de préjugés, et de stigmatisations dommageables pour la santé des personnes. Pour cela, nous nous sommes intéressés à des recherches en lien avec ces thèmes (Annexe, II). Nous étions très axés sur les conséquences de certaines attitudes que nous estimions négatives pour le bien-être du patient, sans être en mesure à ce moment-là, d'éclairer ces situations avec un regard alimenté de connaissances et de méthodologies spécifiques en science infirmière, particulièrement en ce qui concerne le développement d'une relation professionnelle.

Au cours de différents dialogues avec certains membres du corps professoral, ou des professionnels comme des praticiens formateurs, des questions ont été soulevées comme: Les représentations soignantes sont-elles un danger pour les patients? A-t-on toujours conscience de ses propres représentations? Comment gérer nos représentations, dans le sens de notre subjectivité? Comment se vivre comme un être singulier dans une institution comme l'hôpital qui tend à l'uniformisation? Quel est le lien entre représentations et émotions? Les représentations face à ce qui paraît être hors norme.

À force de parler des représentations et de nos propres représentations, nous nous sommes aperçus que ce qui nous passionnait était la qualité de la relation avec les personnes en situation de soin. Nous avons passé beaucoup de temps à discuter, échanger, analyser nos expériences et notre ressenti, et peut-être que le fait de pouvoir dire et redire ce que nous ne voulions pas être ou faire, nous à finalement ouvert la porte pour aller vers ce que nous voulions être, c'est-à-dire être en relation avec autrui. Nous avons constaté que si notre formation contenait des connaissances et des théories variées et riches dans les domaines des sciences biomédicales et humaines, l'enseignement en science infirmière était restreint en ce qui concernait le la congruence des liens théorie - recherche - pratique et l'évolution dans la discipline. Aussi, désirant fortifier notre posture, nous avons privilégié dans ce travail la découverte du lien ontologique – épistémologique – méthodologique (Doucet & Maillard, 2011.)

Ce travail est en quelque sorte le prolongement de notre recherche, sur ce que c'est que d'être en relation, comment être en relation, comment créer un lien de confiance et comment ne pas entraver ce lien. Pour cela, nous voulons essayer de montrer les connaissances avec lesquelles les infirmiers et les infirmières peuvent nourrir leurs expériences pour pouvoir avoir une compréhension globale et complète de la personne soignée. À travers plusieurs auteurs, nous voulons mettre des nuances dans les notions de soin et montrer la diversité et la richesse des théories de soins en science infirmière.

Nous avons tous deux fait notre dernier stage en psychiatrie, ce qui a influencé nos choix concernant l'étude de cas. Tout en restant ciblé sur la relation, l'un d'entre nous s'est intéressé à la personne ayant une personnalité borderline, ainsi qu'aux notions d'enfermement, et de rétablissement, tandis que l'autre a développé autour de la maladie de l'anorexie en se centrant sur les relations interpersonnelles. Nous avons donc décidé de nous intéresser à l'expérience de la maladie mentale au sein de deux institutions psychiatriques et non pas dans des services de soins généraux.

Nous aimerions préciser que nous sommes dans une démarche d'apprentissage, nous cherchons à connaître et à comprendre les expériences de santé des personnes en nous appuyant surtout sur des théories et recherches infirmières ainsi que sur des connaissances en psychologie humaniste, en sociologie et en philosophie. Nous ne souhaitons en aucun cas faire passer le message qu'il n'y a qu'une seule manière d'être ou de faire. Nous interprétons plusieurs réalités, à la recherche d'un sens pour notre future pratique.

2. Problématique

Les observations de pratiques professionnelles et la littérature citée mettent en évidence que les représentations stigmatisantes des personnes nuisent à la santé de la personne en général et plus particulièrement celle des personnes dont la vulnérabilité s'inscrit dans des difficultés de relations à autrui, notamment pour des personnes qui vivent l'expérience de maladie appelée anorexie mentale ou d'un syndrome appelé borderline. La qualité des relations interpersonnelles est influencée par le système de croyances des professionnels; celui-ci mérite d'être enrichi de connaissances en science infirmière afin de promouvoir la santé des personnes.

2.1 Hypothèses

Une relation professionnelle infirmière interpersonnelle efficace possède des caractéristiques particulières. Ces caractéristiques dépendent à la fois des attitudes du soignant et de la perception de la relation de la personne soignée.

À l'inverse, certaines attitudes peuvent être un frein, la cause d'une non-entrée en matière, voir mettre un terme prématurément à une relation.

C'est en renforçant notre potentiel à développer des attitudes aidantes que l'on renforce ou sollicite le potentiel de la personne aidée. C'est en étant ce que nous sommes et ce que nous sentons de façon limpide que l'autre arrivera peut-être à être ce qu'il est.

L'éclairage théorique, associé à notre propre expérience, peut élargir les choix pour une posture infirmière satisfaisante.

2.2 Buts et objectifs

Le but de ce travail de Bachelor of science/soins infirmiers est d'élargir nos connaissances sur les théories et les recherches en science infirmière qui traitent le sujet de la relation afin de donner un sens à nos expériences vécues antérieurement, ainsi qu'à notre future pratique infirmière.

Nous voulons discuter les théories et les concepts qui gravitent autour du thème des relations interpersonnelles. En étudiant nos expériences de stage à la lumière des théories infirmières et

des recherches, nous espérons trouver des outils qui nous aident à mettre en place une posture soignante qui nous permette d'entrer dans une relation d'aide qui soit favorable à la santé mentale du patient, mais aussi à la nôtre, et qui nous permette d'éviter le piège des contres attitudes.

Finalement, l'objectif de ce travail est probablement de montrer l'importance de se questionner, mais aussi de développer notre curiosité en allant à la recherche d'informations, tout au long de notre parcours, pour ajuster notre comportement aux diverses situations.

2.4 Les limites de notre travail

Au début de la réalisation de notre travail, nous avons très peu de connaissances sur les théories en science infirmière. Étant donné qu'une grande partie du travail réalisé par les théoriciennes touche à la relation d'aide, nous nous sommes plongés dans ces nombreuses lectures. Il n'a pas été facile par la suite de réduire et de cibler le sujet, au sein même de la relation d'aide.

Certains livres et de nombreux articles sont en anglais, ce qui rend parfois difficile la compréhension des concepts abstraits. De plus, certaines théoriciennes ont développé leur propre vocabulaire pour décrire de nouveaux concepts. Nous avons pu comprendre le sens de certains mots grâce aux explications de notre directrice de mémoire ou simplement en persévérant dans la lecture et dans la compréhension de leurs idées.

Nous avons aussi fait des recherches sur nos thèmes de départ, mais il y a avait très peu d'articles précisément liés à ce que nous voulions. De plus, nous trouvons très peu de recherches faites sur des études de cas dans la littérature, ce qui rend la compréhension de la perception du patient de sa propre maladie ou des soins difficiles d'accès. Aussi, lorsque nous trouvons un article de recherche susceptible de nous intéresser, souvent il n'était pas accessible, ou alors il fallait faire plusieurs démarches pour le commander.

Nous avons chacun effectué un seul stage en psychiatrie, notre expérience de la relation d'aide dans ce domaine est courte et il n'a pas été facile à la fois de se faire confiance sur ce qui nous semblait juste dans notre pratique, mais aussi de pouvoir avoir un esprit critique sur celle-ci.

Enfin, les relations humaines sont complexes, la relation d'aide l'est tout autant, le sujet est vaste et cela demande de trouver ce que l'on veut réellement dire sur le sujet de la relation. Pour finir, assembler et relier toutes les parties de notre travail pour former une ligne directrice compréhensible a été un exercice difficile.

3. Le cadre de référence

3.1 Introduction

Le cadre de référence s'appuie sur des concepts, mots clés, issus de la problématique, et de nos hypothèses de recherche ainsi que sur de nombreux ouvrages publiés en sciences humaines, en science de la santé, en sciences exactes et en science infirmière.

Mots-clefs:

Relations interpersonnelles; science infirmière (King, Peplau, Travelbee, Watson); étude de cas; attitude; anorexie; personnalité borderline; vulnérabilité; perception; interaction; enfermement psychique; nursing psychiatrique; souffrance psychique.

3.2 Synthèse des articles théoriques et de recherche

3.2.1 Recension des articles sur les bases de données

En utilisant CINAHL et MEDLINE, nous avons fait une recension des écrits en lien avec notre thématique. En utilisant les mots en anglais «vulnerability; interpersonal relationship; psychiatric nursing», nous avons obtenu 1 résultat: «A vulnerability-stress framework for evaluating clinical intervention in Schizophrenia» (O'Connor, 1994). En mettant seulement les mots «vulnerability; interpersonal relationship», nous obtenons 555 résultats. Si nous rajoutons «mental health», nous obtenons 79 résultats. Nous constatons qu'il y a de nombreuses recherches dans les autres disciplines et très peu en science infirmière. Dans ces 79 résultats, il y a une recherche qui utilise le modèle conceptuel de King et Peplau (2007). En utilisant les mots «vulnerability; interpersonal relationship; anorexia», nous n'avons aucun résultat. En tapant uniquement «vulnerability; anorexia», nous avons 222 résultats. Si nous rajoutons «relationship», nous avons 31 résultats. Par contre si l'on ajoute «interpersonal relationship», nous n'avons aucun résultat.

En mettant les mots «anorexia; vulnerability; Peplau and King», nous n'avons aucun résultat. En enlevant Peplau et en laissant «King » nous avons 9 résultats. Mais ce ne sont pas des recherches en lien avec Imogène King. Si nous remplaçons «King» par «King, I», nous obtenons 1 résultat. Par contre avec les mots «anorexia; vulnerability; Peplau», nous n'avons aucun résultat.

3.2.2 Recension des articles en référence à une étude de cas

En utilisant CINAHL et MEDLINE, nous avons prolongé notre recherche, en ciblant sur les études de cas.

Nous avons commencé par taper les mots «case study; mental health; relationship», nous avons 1992 résultats. Avec «case study; mental health; interpersonal relationship», il y a 114 résultats. Si l'on remplace «interpersonal relationship» par «vulnerability», nous obtenons 0 résultats. Avec «case study; nursing psychiatric; interpersonal relationship», nous avons 0 résultats. En laissant seulement «case study; nursing psychiatric», nous avons 3 résultats. En tapant «case study; mental health; nurse-patient», nous avons 39 résultats. Avec «case study; psychiatric; nurse-patient», nous obtenons 49 résultats.

Ensuite si nous écrivons «case study; psychiatric; King», nous avons 55 résultats, mais si nous remplaçons «King» par «King, I», nous avons 1 résultat.

Avec «case study; psychiatric; Peplau», nous obtenons 2 résultats. Un article de 1994 en lien avec les personnes âgées et un autre article de 1997, en lien avec les personnes qui souffrent de sérieuses maladies mentales. En tapant «case study; psychiatric nursing; stigmatization» nous avons 16 résultats.

En essayant avec les mots «case study; psychiatric nursing; anorexia», nous avons 1 résultat. C'est une recherche sur les droits des patients et les dilemmes éthiques, notamment pour les personnes qui ont des rhumatismes. Si l'on tape «case study; psychiatric nursing; borderline personality», nous avons 5 résultats. Si l'on change le dernier mot pour «borderline», nous obtenons 6 résultats. Si l'on remplace le dernier mot par «borderline et anorexia», nous avons 0 résultats. En utilisant les mots «case study; psychiatric nursing; attitude», nous avons 23 résultats. Une de ces études est en lien avec les élèves et la stigmatisation.

En laissant uniquement «case study; attitude», nous avons 13'646 résultats. En mettant «case study; attitude; anorexia», nous avons 24 résultats. Dans ces résultats, de nombreuses études sont liées aux soins à travers d'autres cultures, et l'une est en lien avec le déni.

À travers ces recherches, nous pouvons constater qu'il existe peu de recherches liées directement au vécu des patients et de leur ressenti vis-à-vis des infirmières.

3.3. Le cadre théorique

Le cadre théorique est composé de références en sciences exactes, en science de la santé, en sciences humaines et en science infirmière. Dans ce chapitre, l'accent sera mis sur la perspective infirmière au vu du titre du bachelors en sciences/soins infirmiers.

3.3.1 Perspective en science infirmière

Pour alimenter et valoriser la pratique en lien avec les deux études de cas, nous avons choisi différents modèles conceptuels comme la théorie de l'atteinte des buts de King (1971-1997), la théorie des relations interpersonnelles de Travelbee (1978), ainsi que la théorie de Peplau (1952-1992) et Watson (1988).

3.3.2 Théorie de l'atteinte des buts et art de la pratique selon King

Le système conceptuel de King (1971-1997) ainsi que sa théorie de l'atteinte des buts se situent dans le paradigme de la totalité (Parse, 1997-2011), et sont considérés comme étant une théorie à large spectre.

King (1971) décrit sa théorie comme dérivant de son cadre conceptuel. Pour elle,

[sa] théorie se focalise sur le processus d'interaction entre le patient et l'infirmier, conduisant à l'interaction et ensuite à l'atteinte des buts. Cette atteinte des buts est destinée à aider les patients à atteindre un état de santé dans lequel ils peuvent fonctionner à nouveau dans leurs rôles habituels (traduction libre, p. 86).

King, au travers de l'analyse de la dynamique des Soins Infirmiers, nous invite à «... considérer les relations interpersonnelles ainsi que la perception de ces idées fondamentales dans un cadre de référence pour les soins infirmiers».

Au travers de son cadre conceptuel, l'auteur attache une attention toute particulière au processus interactif entre l'infirmier et la personne, et à la capacité de l'infirmier à clarifier ses valeurs et à utiliser sa propre personne de façon thérapeutique, en s'engageant dans le soin comme étant une action humaine et non mécanique et en laissant place à l'intuition ainsi qu'à la subjectivité. Dans ce contexte, considérant que l'homme et son environnement sont au centre du cadre conceptuel pour les soins infirmiers, elle propose de redéfinir sa vision de l'être humain, sous trois grands axes.

«L'homme est un être de réactions» (King, 1971, traduction libre p. 88).

Les individus réagissent de manière unique aux événements, aux personnes et aux objets. Ces réactions se produisent dans un environnement propre, perceptif à chaque individu en interaction. Nous réagissons donc à la perception qu'ont les autres de la situation, en fonction de leurs attentes au sein d'un environnement. Nos réactions sont généralement liées au fait que pour le même type de situation, dans le même environnement, nos attentes ou nos espoirs sont différents voir dépassés par la perception de l'autre. «L'homme comme

composite de l'esprit et du corps réagit comme un organisme total et ses expériences sont considérés comme un flux d'événements temporel» (traduction libre, p. 88).

«L'homme est un être temporel orienté» (traduction libre, p.88).

L'individu construit et vit son présent en puisant dans ses expériences antérieures, et son présent exerce une influence sur sa prédiction de l'avenir. Les individus perçoivent et répondent de façon immédiate à des perceptions sensorielles quasi ininterrompues. Afin de contrer l'irréversibilité du processus de vie, faisant que le temps passe de manière linéaire, et non modulable ou ajustable, l'homme possède la capacité de vivre son présent ou d'amorcer son futur en regard de ses expériences passées. «Les transactions, donc, qui se produisent dans les interactions humaines sont un échange d'énergie et d'informations entre les personnes impliquées (intra personnel) et entre l'individu et l'environnement (inter personnel)» (traduction libre, p. 88).

«L'homme est un être social» (traduction libre, p.88).

Selon King, «Au travers du langage, l'homme a trouvé une voie de communication symbolique de ses pensées, de ses actions, de ses coutumes et de ses croyances au fil du temps» (traduction libre, p. 88).

Le langage dans sa forme verbale et non verbale ne saurait être une voie systématique de jugement, ou de description du comportement d'un individu. Pour ce faire, les individus possèdent et exploitent un certain nombre de caractéristiques leur permettant d'agir en fonction des différentes possibilités, de prendre des décisions quant à certains objectifs à atteindre, et les moyens pour y parvenir. Ces caractéristiques sont autant la capacité de sentir, de percevoir, de penser ou de choisir. Ainsi, «l'homme interagit avec les personnes, les choses et les objets dans son environnement, et fonctionne au sein de systèmes sociaux» (traduction libre, p. 88).

Partant de ces postulats, King (1971) considère que

... une situation de soins infirmiers est conçue pour être l'environnement immédiat, la réalité spatiale et temporelle, dans laquelle l'infirmière et le client établissent une relation dans le but de faire face aux problèmes de santé et de s'adapter à l'évolution des activités de la vie quotidienne, si la situation exige une adaptation (King, 1971, traduction libre, p. 89).

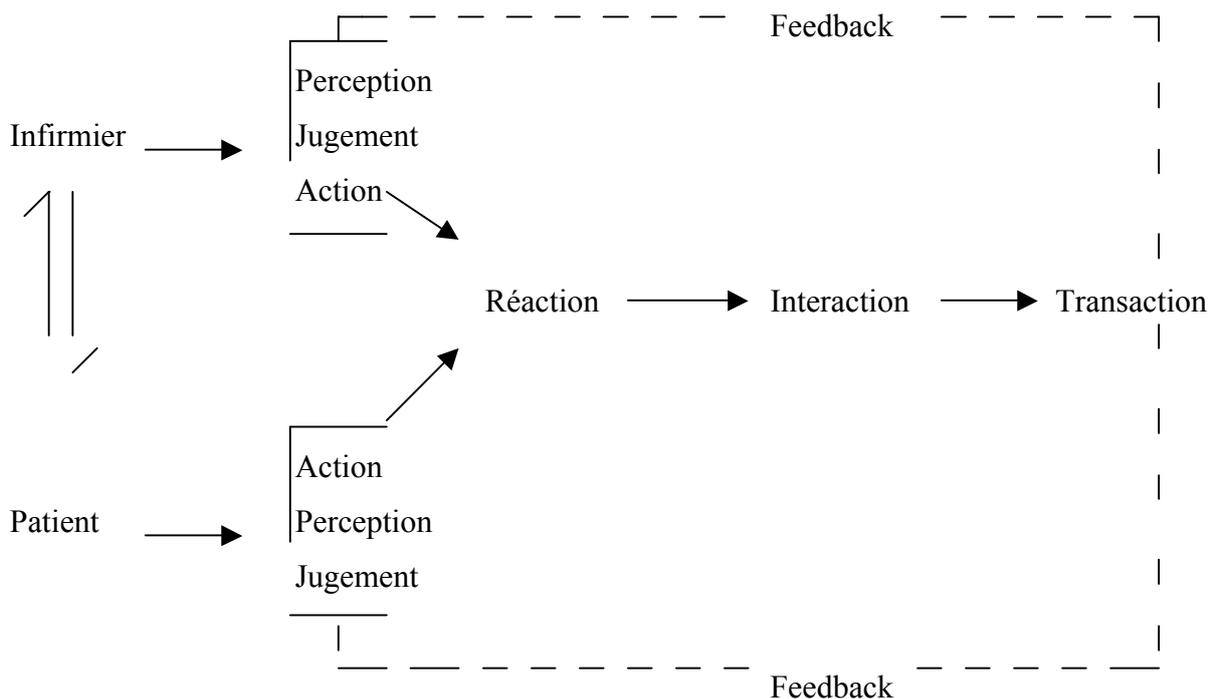
Ainsi, toujours selon King, l'infirmière doit avoir cette faculté de reconnaître le potentiel des individus, au travers de leurs forces et de leurs faiblesses, afin de les aider à surmonter leurs

propres obstacles, de réagir aux différentes situations et d'être à même d'élaborer une planification réaliste pour l'avenir.

Cette recherche du savoir du patient, considérant que ce dernier est à la fois, «un être de réactions, un être temporel orienté et un être social» (traduction libre, p. 88), nous emmène tout naturellement à la théorie de l'atteinte des buts proposée par l'auteur.

Trois phases sont développées par Imogène King au travers de sa théorie de l'atteinte des buts. Le processus qu'elle met en avant se résume au travers de trois étapes: la perception propre à chaque partie et conduisant à une réaction, l'interaction et la transaction. Ce système se base au départ sur des perceptions et des jugements propres à l'infirmier et au patient quant à la situation ou la problématique de santé dont il est question, pour ensuite fusionner au travers du processus d'interaction et enfin mener à l'étape transactionnelle.

Pour mieux représenter ce processus, King propose un schéma résumant ces principales phases:



(traduction libre, p.92)

Afin de comprendre comment s'opèrent la perception et les actions qui en découlent, il est nécessaire de s'interroger sur la subjectivité des ressentis et des actes.

Puisqu'une des fonctions d'une infirmière est d'aider l'individu à identifier ses besoins et d'établir des buts réalistes afin de répondre à ses besoins, l'infirmière est responsable d'utiliser des méthodes permettant de gagner des informations sur la perception d'un

individu de la situation. Au travers de la communication, l'infirmière observe et enregistre ce que le patient dit et ressent d'une situation particulière... Généralement, l'infirmière et le patient réagissent à ce que chacun dit ou fait en plus de ce qu'ils pensent que l'autre perçoit. Les valeurs, les attitudes et les croyances des infirmières et des patients influencent leur évaluation de la situation. En d'autres termes, la perception influence son évaluation d'une situation et l'évaluation influence la perception. Pour que les infirmières interprètent les actions et les réactions des autres, il est essentiel qu'elles reconnaissent les éléments dans le milieu perceptif qui motivent ou entrave la réalisation des objectifs. Quelles sont les préoccupations des patients? Comment définissent-ils la situation? Quels sont les faits subjectifs existants pour eux dans cette situation? Comprendons-nous l'espace de vie du patient, la personne, et l'environnement psychologique qui existent pour lui? Quelles sont les préoccupations privées des infirmiers, des médecins, et autres personnes concernées? Comment définissent-ils la situation ici et maintenant? Quels sont les faits subjectifs et objectifs et sont-ils liés aux patients? Dans quelle mesure leurs faits subjectifs sont-ils en accord ou en opposition avec les faits subjectifs du patient, et cherchent-ils à les comprendre et à les aider? (traduction libre, pp. 94-95).

Selon l'auteur, l'objectivité et la subjectivité se côtoient de manière très proche et c'est là justement l'enjeu d'une bonne entrée en relation, conduisant à un mode d'interaction efficace entre le patient et l'infirmière. Elle présente, de ce fait, les professionnels de la santé avec un cadre de référence dans lequel les concepts sont tirés des sciences du comportement. Les facteurs psychologiques sont catégorisés par des besoins psychologiques, des mécanismes de défense et d'adaptation, des croyances, des attitudes et des valeurs.

Elle prend ainsi l'exemple de certains facteurs socioculturels déterminant la perception de l'individu en rapport à son statut au sein de la famille, dans le monde du travail, ou dans ses activités de loisirs. Le statut détermine ainsi le rôle et est influencé par les variables de l'âge, du sexe, de l'éducation, de l'activité, du revenu et de la classe sociale. Nous pouvons donc en conclure que le simple fait d'appartenir à un type de classe sociale n'exerce pas une influence sur les perceptions à lui tout seul, mais fait état de chaînon, dans l'élaboration de nos perceptions. Il est donc primordial de s'accorder ensemble, infirmiers et patients, sur la manière que nous avons de percevoir la situation, confrontant ainsi nos points de vue, en regard de nos propres expériences, dans un but commun, l'atteinte mutuelle des buts.

Pour elle, «La perception de l'infirmière des besoins fondamentaux du patient, grâce à l'observation et à la communication ciblée, détermine souvent la relation établie entre l'infirmière et le patient» (traduction libre, pp. 96-97).

S'agissant de l'interaction entre l'infirmière et le patient, la communication est naturellement au cœur du concept.

La communication est un échange de pensées et d'opinions entre les individus et cette communication verbale est efficace quand elle satisfait les désirs de base de reconnaissance, de participation et de réalisation de soi au travers de contacts personnels directs entre les personnes. La communication est le moyen par lequel l'interaction sociale et l'apprentissage auront lieu. Pour une personne incapable de parler avec aisance, clarté et assurance, et qui est incapable d'écouter en comprenant et en assimilant, il peut en résulter une difficulté d'adaptation sociale. Pour être efficace, la communication doit s'inscrire dans une atmosphère de respect mutuel, et de désir de compréhension.... Chaque profession a développé son propre langage et suppose que l'auditeur – par exemple un patient – comprend le sens des mots. Pour les professionnels de santé devant communiquer des informations de santé, il est essentiel qu'ils utilisent un langage qui a un sens pour le public et qui peut être compris dans son cadre de référence. Si les infirmières sont concernées par les soins centrés sur le patient et continuent à explorer les aspects psychosociaux des soins, une approche structurée de communication orale et écrite pouvant être comprise par les patients est suggérée.

L'infirmier apparaît comme l'élément constant entre l'environnement immédiat du patient et exerce un certain contrôle sur le processus décisionnel relatif au plan de soins. Ceci demande une prise de conscience de l'infirmier des facteurs de la situation pouvant favoriser ou entraver l'efficacité des soins.

Par conséquent, la perception de l'infirmier, du patient, du médecin, et des autres professionnels, sont des éléments essentiels dans une situation de soins infirmiers.

Les perceptions sélectives à la fois de l'infirmier et du patient, aboutissant à des actions, des réactions et des interactions sont influencées par les variables de la situation. Certaines de ces variables sont les besoins, les buts, les attentes, les ressources internes et externes, et les valeurs de la classe sociale des individus en interaction.

Par conséquent une certaine compréhension des différents systèmes sociaux au sein desquelles grandissent et se développent les individus apparaît essentielle, si l'objectif de parvenir à un état de santé possible ou approprié pour les personnes ou les groupes doit être atteint (traduction libre, pp.101-102 -127).

D'un point de vue systémique, les systèmes sociaux dans lesquels grandissent les personnes ont toute leur importance à compter de la famille, qui pour King (1971) représente la première institution sociale. C'est cette dernière qui initie le processus de socialisation et c'est au sein d'elle-même que la communication et les modes d'interaction sociale se développent.

Ainsi, au même titre que l'enfant se tournera vers un membre de la famille plutôt qu'un autre, ou à l'ensemble de sa cellule familiale, pour répondre par exemple à un besoin de base concernant la vie quotidienne, il en sera de même qu'au cours d'une relation d'aide. Un processus d'interactivité se produira et pourra être élargi à d'autres interlocuteurs selon la situation, et ce dans la famille comme dans l'équipe pluridisciplinaire.

Ainsi,

La communication verbale et non verbale est un facteur essentiel dans l'établissement d'une relation interpersonnelle. Initialement, la relation peut être dyadique. Comme les besoins du client sont évolués, plusieurs individus peuvent entrer dans la relation, comme le médecin, la famille, des personnes professionnelles et non professionnelles.

Ainsi, un groupe hétérogène, appelé groupe de santé, remplit des fonctions distinctes de chaque groupe. Des fonctions similaires, comme l'éducation à la santé, peuvent se chevaucher (traduction libre, pp. 127-128).

Si l'importance de la communication et de l'interaction entre le patient et l'infirmier est au centre de la théorie de soins de King, cette dernière met également en évidence l'importance de la diffusion de la découverte des connaissances aux praticiens, de manière à ce que chacun puisse les utiliser dans sa pratique. Ces connaissances valides et fiables sont le fruit de l'observation du comportement humain effectué quotidiennement par les infirmiers. Ces observations, menées dans de nombreux contextes sont à même de fournir des hypothèses pour la recherche dans des situations de soins infirmiers, car pour l'auteur, «il serait impossible de concevoir un plan pour les soins infirmiers, sans collecte de données pertinentes. L'action des soins infirmiers sans données suffisantes pour prendre des décisions sera moins efficace» (traduction libre, p. 128).

Pour conclure, King insiste sur le fait que dans la science infirmière, peut-être plus que dans d'autres domaines, les concepts et les hypothèses sont à moitié formulés dans ce que les infirmiers savent intuitivement. Une représentation systématique de la science infirmière est exigée, en fin de compte, pour l'élaboration d'une science, pour accompagner un siècle, ou plus, de l'art dans le monde quotidien de la profession infirmière (traduction libre, p. 128).

Afin d'appuyer le fait que la science demeure en constante élaboration et que l'ensemble des connaissances constitue une base fondamentale de l'avancée de cette dernière, King démontre une fois de plus, au cours d'une discussion regroupant plusieurs théoriciennes en science infirmière, que les théories et définitions ne doivent pas rester figées. Elle déclare ainsi,

Je pense que je vais changer un mot dans ma définition de la santé d'il y a dix-huit ans. Parce que j'ai le mot État dans celle-ci, et c'est assez statique. Donc, je dirais que la santé est un cycle de vie dynamique. Et plusieurs d'entre les philosophes et les théologiens dont j'ai passé en revue la littérature m'en ont récemment donné un aperçu. Vous pouvez difficilement conceptualiser l'être humain. Je suis retourné à mon livre de 1971, et figurez-vous que j'ai dans mon schéma sur la santé, l'homme comme concept primordial, global? Je suis tellement heureuse d'avoir eu confirmation de tout cela dans la revue de la littérature récente. J'ai décrit mon concept de la santé, et les caractéristiques de la santé. Une caractéristique pour moi décrit la nature de quelque chose. Et les caractéristiques sont que la santé est génétique, elle est perceptive, c'est subjectif, c'est culturel, c'est relatif, elle est fonctionnelle, la santé est dynamique et elle est influencée par des situations environnementales (traduction libre. p. 33).

3.3.3 Modèles théoriques et art de la pratique selon Watson, Peplau, Travelbee

La science infirmière recouvre les sciences biophysiques, comportementales, sociales et humaines. Dans ce travail, nous souhaitons mettre l'accent sur les sciences humaines, en lien avec les facteurs favorisant l'actualisation de soi pour le patient, à travers la relation.

Pour Watson (1998), la science infirmière, et plus précisément le Caring se trouve entre les sciences exactes et les sciences humaines. Selon Watson, la discipline infirmière essaie de comprendre les êtres humains ainsi que leurs stratégies d'ajustement face à la santé et à la maladie (pp. 16-17).

À travers notre travail, nous cherchons à comprendre les comportements humains, les valeurs et les buts qui les soutiennent, ainsi que les comportements venant de l'infirmière qui vont dans le sens d'une croissance de l'individu pour une plus grande maturité.

Nous supposons alors que le développement d'une relation de confiance dans la relation d'aide forme le terreau sur lequel pourront se jouer toutes les interactions futures selon les différents rôles de l'infirmière. De plus, cette relation de confiance se fonde sur les attitudes et les compétences relationnelles que sont la présence, l'écoute, l'empathie ou la congruence.

Watson (1998) mentionne que:

Les étudiantes et les infirmières expérimentées peuvent apprendre et utiliser différents principes et techniques d'interview. Cependant, sans une prise de conscience du contexte de la relation dans son ensemble, l'infirmière est une technicienne ou l'interprète d'un rôle, et non pas la personne qui établit la confiance, la croyance, l'espoir et la compréhension que requièrent des soins de santé de qualité (p. 52).

Le travail de Peplau (1952) a été considéré comme une figure dans l'histoire de la science infirmière et bien que définie comme pré-paradigmatique, il est classifié comme «middle-range theory» (Parker & Smith, 2010) et annoncé par Fawcett (2005) comme la théorie des relations interpersonnelles (traduction libre, p. 528) et analysé en référence aux assises philosophiques, à son inspiration du modèle conceptuel de Sullivan (p. 531) et au concept multidimensionnel de la relation infirmière-patient (p. 532). Peplau présente sa théorie organisée en référence aux différentes phases des relations interpersonnelles entre un patient et une infirmière qui ensemble tentent de résoudre des problèmes de santé.

Tout en considérant les sciences biomédicales comme nécessaires et complémentaires, Peplau a voulu valoriser le rôle infirmier en mettant l'accent sur l'interaction entre le patient et l'infirmière qu'elle définit comme une interaction de personne à personne.

De manière générale, elle voit la relation entre une personne malade et l'infirmière comme un continuum, sur lequel deux personnes étrangères et différentes apprennent à se connaître et à travailler ensemble pour un but commun. Il ne s'agit pas de voir la relation comme une ligne droite sur laquelle les personnes se déplacent d'un point A à un point B, mais plutôt comme un processus dynamique, complexe et en perpétuel mouvement. Ceci pourrait se rapprocher de certains des facteurs caratifs de Watson (1988) qui pourtant, s'inscrivent dans une autre perspective infirmière, celle du *Caring*. Il est vrai que Watson est centrée sur le prendre soin, et décrit des facteurs caratifs (1988) renommés processus cliniques caritatifs (2008) ainsi que les valeurs clés sur lesquelles reposent sa théorie, l'empathie, la congruence et l'authenticité (Watson, 1988) ainsi que les assomptions au sujet de la relation transpersonnelle de caring (Fawcett, 2005, p. 556) et l'art de la relation transpersonnelle de caring (p. 561).

Peplau (1952-1992) nous dit:

La démarche de soins est éducative et thérapeutique lorsque l'infirmière et le patient en arrivent à se connaître et à se respecter mutuellement en tant que personnes semblables, bien que différentes, et en tant que personnes partageant la résolution de problèmes (Peplau, 1988, p. 9).

Dans ce processus, les représentations du patient ont un impact sur la relation avec l'infirmière et inversement. C'est pourquoi, il importe que l'infirmière soit consciente de la

manière dont son comportement affecte le patient, mais aussi de ce qui l'affecte venant du patient. Ainsi, elle pourra commencer à différencier ce qui est aidant et ce qui ne l'est pas dans le processus de relation.

C'est en s'appuyant en partie sur le travail de Peplau que Travelbee a construit sa théorie de *la relation d'humain à humain*, qui est aussi classée comme «middle-range theory» (Fawcett 2005; Parker & Smith 2010). Ces deux théories intermédiaires se rejoignent sur leur conception de la science infirmière et de la connexion avec le patient.

Proche de Peplau, Travelbee voit la relation infirmière comme un processus dynamique, réciproque, interpersonnel, qui se développe à travers la communication et un engagement mutuel pour percevoir l'autre et soi-même comme une personne unique ayant de la valeur. Développer cette perspective avec un engagement de qualité aidera le patient à développer une confiance dans la relation professionnelle, appelée par Travelbee, relation thérapeutique. C'est «à travers une utilisation thérapeutique du soi et l'intégration de connaissances factuelles que l'infirmière fournit des soins de qualités qui peuvent favoriser la confiance chez le patient». (Parker & Smith, 2010, traduction libre, p. 76). Le vécu du patient peut être une expérience d'apprentissage si l'infirmière aide le patient à trouver un sens à ce qu'il vit. Ne pas chercher ce sens signifierait que l'infirmière fait passer au patient le message qu'il n'a pas une valeur suffisante pour elle, ce qui reviendrait à déshumaniser le patient et empêcherait toute relation thérapeutique. Elle ajoute qu'«une transcendance des appellations traditionnelles “infirmières” et “patient” est nécessaire pour éviter une déshumanisation de la personne malade» (Parker&Smith, 2010, traduction libre, p. 76).

Afin de répondre adéquatement aux besoins uniques du patient et de favoriser la croissance dans l'expérience de la maladie, chacune développe une méthode différente, mais disons dans la même veine dans le domaine des relations interpersonnelles, au sein de l'école de l'interaction.

Dans la suite de ce chapitre, nous avons choisi de détailler la théorie de la relation d'aide selon Travelbee (1978). Dans son livre, celle-ci définit le nursing psychiatrique comme «un processus interpersonnel au moyen duquel l'infirmière professionnelle aide un individu, une famille ou une collectivité à améliorer sa santé mentale, à prévenir les manifestations de la maladie et de la souffrance ou à les affronter et, si nécessaire, à découvrir le véritable sens de ces manifestations» (p. 6). Pour Travelbee, «fondamentalement, la conception que l'on se fait de la nature de la santé mentale repose sur notre propre conception de la nature de l'homme» (p. 7). C'est pourquoi, sa définition est relative et en perpétuel mouvement.

Si l'on regarde la maladie mentale sous l'angle des addictions, Goodman (Annexe, III) a défini des critères qui aident les professionnels de la santé à émettre un diagnostic qui selon Travelbee correspond à un jugement de valeur, même si la personne est un professionnel compétent, puisque ce que l'on considère normal ou anormal est relatif, impermanent, et varie selon les normes des sociétés, les cultures et les époques. Mais sans dénigrer l'utilité de poser un diagnostic, elle nous invite à le considérer avec prudence et humilité et surtout à ne pas se laisser obnubiler par cette étiquette. Selon Travelbee, si l'on suivait la théorie de la norme, «tous ceux qui ne s'y conforment pas seraient, à des degrés divers, des malades mentaux» (p. 14). Nous pouvons donc supposer qu'à l'inverse tous ceux qui s'y conforment seraient «normaux». Ne croyant pas à cette théorie, Travelbee nous suggère donc de relativiser, d'apprécier les différences humaines et de préserver un esprit critique, tout en étant attentifs à nos jugements de valeur.

Il existe de nombreux critères, définitions et interprétations de la maladie mentale, mais si nous devons donner la nôtre, concernant les addictions, nous ferions le postulat suivant: la santé mentale et la maladie mentale sont un continuum, et l'on peut commencer à parler de maladie lorsqu'il y a une perte de liberté de s'abstenir de manière durable et que cela engendre une souffrance chez la personne.

La personne qui souffre d'une maladie mentale ne porte pas seulement une étiquette ou n'est pas simplement dans une catégorie, mais vit une expérience humaine avec des comportements d'être humain. Souvent, les composantes qui gravitent autour de la maladie sont amplifiées par la vision d'une santé absolument bonne et de ce fait stigmatisante telle que l'OMS la définit ou par les conventions de notre société. Selon Furtos (2007), «une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité, mais non pas sans révolte» (p. 10). C'est aussi « la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives» (p. 10). Nous souhaitons percevoir la maladie mentale comme une forme d'adaptation aux difficultés de la vie. En effet, les actes accomplis dans cet état apportent à leurs auteurs une certaine protection, soulagent la tension et permettent à l'esprit de maintenir son équilibre. Si cette forme d'expression est celle que la personne utilise, c'est peut-être parce qu'elle n'a pas trouvé d'autres moyens de vivre et d'accepter son identité pour affronter la réalité. C'est pourquoi, nous pensons que soigner la personne malade comme un être humain signifie qu'on le respecte dans sa différence, y compris dans ses logiques de survie.

Dans son livre, Travelbee nous donne la définition suivante de la relation d'aide:
La relation d'aide est un but à atteindre. Elle consiste en une série d'interactions planifiées et réfléchies entre deux personnes, l'infirmière et le malade. Elle constitue, en outre, une série d'expériences d'apprentissages pendant lesquelles les deux participants développent des capacités interpersonnelles de plus en plus grandes (Travelbee, 1978, p. 47).

Dans le deuxième postulat de la relation d'aide, Travelbee nous dit:

Une relation existe lorsque chaque participant perçoit l'autre comme une personne humaine.... En effet, ce type de relation n'est possible que lorsque l'on va au-delà des rôles respectifs du malade et de l'infirmière et que chacun d'eux se perçoit comme un être humain possédant son authenticité propre (p. 46).

Elle perçoit la relation comme un processus qui provoque des changements psychologiques chez les deux personnes et qui a pour but de rendre la personne malade «de plus en plus capable d'affronter la réalité et de découvrir des solutions avantageuses à ses problèmes» (p. 47). Dans cette rencontre, l'infirmière apprend à se connaître elle-même, à modifier son comportement, à développer ses connaissances et à trouver de nouveaux outils (Annexe, IV) pour mieux aider le patient à progresser dans ses relations sociales.

Dans le processus de la relation d'aide, le patient doit être considéré non pas comme un objet, mais comme un sujet qui entre en relation avec un autre sujet, le soignant. Pour aiguïser son observation, l'infirmière utilise ses connaissances théoriques qu'elle cherche toujours à adapter à la personne soignée en lui demandant de confirmer la justesse de ses observations.

Mais ce processus engage l'infirmière en tant que personne, car selon l'auteur:

Il demande une bonne connaissance de soi, de l'humilité, le courage de reconnaître et de contrôler ses propres sentiments ainsi que sa motivation. Il serait évidemment beaucoup plus facile d'ignorer ou de nier ses propres émotions et de se centrer uniquement sur le comportement du malade; on ne doit pas s'abstraire d'une telle relation, d'autant moins que la neutralité soi-disant objective est chose impossible (p. 19).

C'est une association entre de bonnes connaissances théoriques et des capteurs ouverts et sensibles afin de pouvoir observer et interpréter les besoins du patient, respecter son rythme, parler ou agir au moment opportun, ceci dans un rôle de «conseillère» qui est propre à la psychiatrie (p. 23).

L'observation est la première étape pour mener à bien la suite de la relation, car elle permet de connaître le patient en tant qu'être humain unique et «irréductible» (p. 24), et dans un deuxième temps de planifier la suite des soins. Pour Travelbee, observer le vécu dans le processus d'une relation interpersonnelle, c'est tout d'abord réunir les données sensorielles brutes, puis porter son attention sur leur contenu. Nos sens nous permettent de capter des milliards d'informations, que nous transformons ensuite selon nos propres perceptions, et nous formons ainsi notre interprétation d'une réalité. C'est pourquoi, avant d'interpréter une donnée, l'infirmière doit décrire «ce qu'elle a réellement vu et entendu» (p. 25). Car ce sont ces informations qui nous serviront à identifier les besoins et les problèmes de la personne malade. Les besoins du patient doivent être en première ligne dans nos préoccupations, cependant ils se placent souvent après la recherche des signes et des symptômes de la maladie. L'auteur ajoute la précision suivante:

L'infirmière praticienne ne fait pas qu'observer les signes de la maladie: elle observe un être humain malade qui peut éprouver ou non les symptômes d'une maladie donnée et tente de lui faire exprimer, si la chose est possible, ce qu'il vit, ce qu'il ressent, ce qu'il éprouve.... Il y a un danger de fragmentation de l'être humain quand on se concentre exclusivement sur les problèmes de soins, sur les comportements psychologiques, sur les signes et les symptômes de la maladie: celui de ne pas saisir l'humain de façon expérientielle et de ne pas tenir compte de son entité totale (pp.24-26).

L'expérience vécue est un autre aspect important de l'observation, car elle «précède l'interprétation et l'analyse de ce qui est vécu» (p. 26). C'est le moment où l'on peut être avec l'autre dans le moment présent, car «le vécu comporte une sorte de plénitude, une immédiateté, une intimité, et une perception de l'autre personne vraie, qui n'est pas exactement la même personne que celle dont on a scruté et catégorisé le comportement» (p. 26). Dans la relation, l'art de la pratique consiste à interagir de personne à personne, à égalité, afin que l'autre puisse manifester sa personnalité avec authenticité, c'est à dire sous un angle différent de ce que l'on connaît déjà de lui, puisque l'être humain est par essence impermanent. Il y a donc à la fois un travail de recueil de données, et un travail ou plutôt une expérience d'écoute de ce que peut révéler l'autre dans toute sa singularité.

Dès notre naissance, nous développons nos sens afin d'interpréter les données pour pouvoir les organiser, les étiqueter, ou les classifier. Les données abstraites sont plus difficiles à percevoir, et à comprendre puisqu'elles ne sont pas visibles. D'après Travelbee, «l'interprétation consiste à expliquer les données brutes et à tenter de les insérer dans un

ensemble significatif» (p. 29), en restant centré sur la réalité du moment présent. L'hypothèse peut être vérifiée soit par le patient lui-même, soit par un autre membre de l'équipe, ce qui augmentera les chances d'une interprétation juste. L'infirmière doit avoir une bonne connaissance de soi afin d'éviter l'utilisation du mécanisme de la projection. Pour cela, elle peut noter ce qu'elle vit, pense et ressent, afin d'être au clair sur ce qui lui appartient et de faire la différence avec ce qui appartient au patient. Enfin, l'humilité est une qualité presque indispensable à toute interprétation efficace, elle nous permet d'avoir conscience de ce que l'on doit encore apprendre et nous aide à réaliser que les jugements que l'on porte sur les autres peuvent être inexacts, car personne ne peut parvenir à la vérité absolue.

Les étapes de l'observation et de l'interprétation précèdent la prise de décision et exercent une influence sur celle-ci, en fonction de leur qualité. C'est-à-dire que les connaissances, la créativité et la fluidité de l'infirmière, mais aussi son anxiété et son niveau de conscience face à ses propres jugements ont un impact sur la qualité des soins. Selon Travelbee, «toute décision constitue un jugement sur les moyens de résoudre un problème ou de vérifier une hypothèse. Les décisions se situent sur le plan de la connaissance et non sur celui de l'action» (p. 33). Ces trois étapes mènent à l'acte de nursing qui représente l'intervention de l'infirmière, c'est-à-dire «ce que l'infirmière fait et comment, ce faisant, elle atteint ses buts» (p. 35).

Pour finir, l'infirmière évalue la qualité et l'efficacité de son travail de manière continue pour améliorer ses connaissances et ses compétences. La réussite ou l'échec d'une relation est difficilement mesurable, trop de facteurs sont en jeu dans l'histoire du patient, de l'infirmière, dans l'interaction, les choix des objectifs, etc. Cependant, il est du devoir de l'infirmière de prendre conscience de son impact sur l'évolution du patient, car comme le souligne Travelbee, «les infirmières devraient réfléchir sur la question et décider pour elles-mêmes dans quelle mesure elles peuvent être effectivement responsables du fait que le malade progresse ou ne progresse pas» (p. 36). L'amélioration de l'état du patient n'étant pas un critère décisif, l'auteur insiste sur la qualité de l'apprentissage de l'infirmière et de ses capacités à planifier, structurer et évaluer son intervention.

Les quatre phases de la relation entre l'infirmière et le malade

Pour Travelbee, «la relation d'aide est un but à atteindre; elle est l'aboutissement d'une série d'interactions planifiées et conformes à des objectifs fixés entre une infirmière et un malade» (p. 111).

D'après Travelbee, la phase de préparation «comporte tout ce que l'infirmière pense, ressent et fait immédiatement avant la première interaction» (p. 112). Pour se préparer, l'infirmière peut utiliser le dossier, les personnes ressources, les collègues, elle peut se référer au diagnostic tout en faisant attention de ne pas faire de lien de cause à effet direct avec le patient. En effet, «il n'y a pas de malade type, qu'il soit schizophrène ou déprimé» (p. 112). C'est pourquoi, l'auteur précise que nous pouvons nous aider de la théorie pour approfondir nos connaissances, mais sans oublier qu'elle ne peut pas remplacer la connaissance que l'on doit avoir du patient en particulier.

D'autre part, l'infirmière prend conscience de l'effet de l'anxiété par exemple, sur son état psychologique, c'est-à-dire ses idées, ses émotions, son attention, sa perception et sa mémoire, ainsi que sur son ressenti physique, c'est à dire les manifestations somatiques telles que l'accélération du pouls, sa respiration ou d'autres symptômes.

Cela demande une réelle volonté de ne pas rationaliser ses sentiments de manière automatique, mais de les reconnaître et de les accepter. Cependant, de manière générale, nous rationalisons souvent nos émotions, car les comprendre n'est pas quelque chose d'inné. Au contraire, la plupart d'entre nous avons pour habitude de taire notre ressenti, car c'est une manière de s'adapter socialement et de se soumettre à l'autorité parentale. L'infirmière peut ressentir d'autres émotions préalables à l'interaction, et elle devra toujours identifier la cause de celles-ci afin de mieux contrôler son ressenti pour ajuster son comportement afin de ne pas affecter le malade.

Cette étape offre aussi à l'infirmière le temps de fixer des objectifs qu'elle choisit en fonction de la situation, mais au sein desquelles elle devrait s'efforcer dans un premier temps de connaître le malade plutôt que de chercher à obtenir des informations ainsi qu'à voir ce qu'il y a d'humain, de constructif et de positif en lui, avant de voir ses problèmes. Procéder de cette manière l'aidera à identifier l'anxiété du patient, ses difficultés, et à agir en cohérence avec celui-ci.

Dans la phase d'introduction ou d'orientation, l'infirmière et le malade se rencontrent et apprennent à se connaître. Ils s'engagent mutuellement à travailler ensemble afin que l'infirmière aide le patient à retrouver une vie sociale satisfaisante. C'est aussi une phase dans laquelle chacun développe ses opinions et interprétations mutuelles.

Cette phase se termine quand les deux acteurs de la relation se perçoivent comme des êtres humains singuliers ayant une authenticité propre. Au début, il est recommandé que l'infirmière ait une vision globale du patient et de son environnement et si possible, qu'elle ne porte pas de jugements hâtifs sur sa personne. Il est essentiel d'essayer de percevoir le patient tel qu'il est, car ceci représente la première étape du processus de la relation d'aide, à travers laquelle l'infirmière pourra relever les données brutes et les interpréter, grâce à l'observation. Aussi, Travelbee insiste sur la notion de choix, en relevant l'importance de laisser le choix au patient en ce qui concerne son expérience de santé, à commencer par la participation à la relation suggérée par l'infirmière. Elle relève tout de même l'idée que dans certaines situations, c'est une obligation morale de prendre une décision pour le patient (suicide, autoagressivité, apathie, etc).

Simultanément, le patient se fait lui aussi une idée de l'infirmière en réunissant ses propres données. C'est pourquoi chaque interaction est «un processus de réciprocité, continu et circulaire» (p. 119).

La phase de la connaissance mutuelle commence lorsque l'infirmière réussit à passer au-dessus des obstacles de la phase d'orientation et se termine lorsqu'elle a pu établir un rapport intime avec le malade et qu'il est temps de mettre fin à la relation. C'est à ce moment que le patient et l'infirmière approfondissent la connaissance qu'ils ont de l'autre. Pendant cette phase, les deux personnes «se perçoivent comme des êtres humains uniques» (p. 123).

Plus concrètement, lorsque l'infirmière aide le patient à identifier ses problèmes, elle fait en parallèle le même travail pour elle-même. Ou lorsqu'elle accompagne le patient pour qu'il soit lui même acteur de sa propre vie, elle essaie de vivre la sienne de manière active afin de lui donner la direction qu'elle souhaite dans le moment présent. Elle aide le patient à adopter de nouveaux modes de comportement et elle cherche en même temps à améliorer son propre comportement. Il en est de même pour tous les autres conseils. Elle fait alors un double travail, car pour pouvoir être en accord avec elle même, elle se doit de faire les efforts qu'elle souhaite que le patient fasse. De plus, c'est ce travail qui lui permet aussi de mieux comprendre les difficultés et les étapes que le patient doit traverser.

Un autre but dans cette phase de la relation est d'aider le malade à trouver un sens à la maladie. Ici aussi, c'est seulement en ayant trouvé un sens à la souffrance intrinsèque à sa propre vie qu'elle pourra aider le patient à donner un sens à la sienne.

Pour cela, elle s'appuie sur ses compétences cliniques, elle se documente sur les théories et les concepts en lien avec sa pratique et elle évalue son propre comportement afin de pouvoir le modifier si besoin.

L'auteur décrit ce que représente pour elle une relation authentique. Ainsi, elle nous dit qu'à travers une telle relation, la personne malade peut vivre une série d'interactions significatives avec une personne sensible, à l'écoute, qui ne la juge pas, qui n'a pas peur de lui manifester sa sympathie, et qui n'attend rien en retour. Pour cela, les deux personnes doivent être capables de passer au-delà des apparences sociales, au-delà de la position et du rôle de chacun. D'où l'importance pour l'infirmière de percevoir la relation de personne à personne et non pas d'infirmière à malade.

De plus, il importe qu'elle se considère comme une personne humaine, sous-entendue, imparfaite et susceptible de commettre des erreurs. Dans ce contexte, il est particulièrement intéressant qu'elle soit capable de reconnaître ses erreurs et d'aller s'excuser auprès du patient, car elle lui montre ainsi que l'on a le droit de se tromper, que ce qui compte c'est l'humilité de le dire, car c'est cela qui nous permet de maintenir de bonnes relations. Admettre ses erreurs est une liberté que l'on se doit de s'offrir par souci d'honnêteté, mais aussi pour soulager la pression qui peut s'accumuler lorsque l'on veut bien faire. Ne pas pouvoir le faire peut nous amener à toujours reporter la faute sur les autres et à travailler sur la défensive.

Finalement, au cours de cette phase, l'essentiel est que le patient puisse vivre une expérience «d'acceptation inconditionnelle» (p. 126) de la part de quelqu'un qui ne s'attend pas à recevoir quelque chose en échange de l'attention qu'on lui a apportée. Ces éléments sont très importants pour la croissance personnelle du patient, car si le soignant l'accepte sans exiger quelque chose en retour, cela signifie qu'il l'accepte uniquement pour ce qu'il est, ce qui probablement renforce la confiance et l'estime qu'il a de lui-même.

Lors de la dernière étape, normalement le patient aura déjà été prévenu de manière claire de l'approche de la fin de la relation d'aide afin qu'il puisse s'y préparer psychologiquement. Dans cette phase, l'infirmière porte son attention sur l'état psychologique du patient et l'accompagne dans son appréhension du retour dans le milieu familial, et l'invite à en parler. En parallèle, elle observe son propre état psychologique et se prépare à accepter la fin de la relation. Elle aide aussi le malade à faire une transition douce en l'incitant à participer aux groupes.

Lors de la dernière interaction, ce qui se passe dépend de ce que chacun ressent et comment ils perçoivent ce que l'autre ressent. Il est utile que l'infirmière comprenne que cela est important que le patient soit capable de se séparer d'elle. Il doit pouvoir faire l'expérience d'une rupture qui se passe dans le calme et de manière constructive. Cette expérience sera aussi un apprentissage pour l'infirmière, car il n'est jamais facile de vivre une rupture. Les

séparations du passé peuvent être de mauvais souvenirs et réactiver des sentiments de peur, d'abandon ou d'angoisse pour l'infirmière et pour le patient. C'est pourquoi, les deux doivent intégrer l'idée que le moment présent n'est pas une répétition de ce qu'il s'est passé dans leur passé.

Pendant et après l'interaction, l'infirmière devrait se poser la question de savoir en quoi ses pensées et ses sentiments ont influencé la relation. C'est cette réflexion qui lui permettra d'être de plus en plus consciente de son comportement et des effets de celui-ci sur les autres. C'est grâce à cette auto-évaluation que l'infirmière pourra limiter quelques maladresses ou négligences dans son comportement avec le patient. En effet, si elle ne se pose pas de questions sur ce qu'elle ressent à ce moment ou si elle ne se remet pas en question, elle ne pourra avoir de discussion sincère et porteuse de sens sur ce que le patient ressent, vit ou pense et elle ne pourra pas préparer adéquatement la prochaine interaction avec un patient. Cette évaluation d'elle-même lui fera connaître ses forces, ses compétences, mais aussi ses faiblesses, et elle pourra ainsi mieux s'en servir dans la relation d'aide.

Comme le souligne Travelbee, «il est probable qu'en matière de soins infirmiers, les omissions causent plus de souffrances inutiles que les actes» (p. 138). Cet engagement requiert du courage, et ce courage est indispensable à la qualité des soins que l'on souhaite prodiguer.

4. Méthodologie d'étude de cas

4.1 Étude de cas selon la perspective infirmière de King

Lors de mon stage en psychiatrie, un de mes principaux objectifs était de prendre en soins un patient, dans le but d'approfondir et d'expérimenter l'approche théorique que j'avais de la relation d'aide.

Ces connaissances m'avaient été dispensées lors de différents modules au sein de la formation en soins infirmiers, au cours de laquelle nous n'avions finalement été sensibilisés qu'aux grandes lignes du savoir infirmier, au travers des principaux paradigmes et meta-paradigmes.

Il m'est rapidement apparu qu'un approfondissement théorique serait nécessaire au cours de mon expérience de stage, afin de mieux appréhender le travail que je désirais entreprendre avec un patient. Je décidais également que ce stage était pour moi l'occasion d'enrichir mon

matériel pour mon futur travail de bachelor. Ainsi, les rencontres effectuées pendant cette période avec notre directrice de mémoire, m'ont permis, grâce à ses suggestions de concentrer mon approche sous l'angle du paradigme de la totalité (Parse, 1987-2001), et plus précisément en référence au modèle conceptuel d'Imogène King et de sa théorie de l'atteinte des buts (King, 1971), qui représente pour moi une approche dynamique et valorisante du processus de soins, tant pour l'infirmier et l'équipe soignante que pour le patient.

Une notion qui m'apparaissait judicieuse dans le choix du modèle de King était l'importance qu'elle donne à l'environnement externe et interne du patient, à certains facteurs socioculturels déterminant la perception de l'individu en rapport à son statut, et ce particulièrement en lien avec la spécificité de l'unité dans laquelle j'effectuais ce stage.

Cette unité de soins fait partie d'une institution de soins en santé mentale et psychiatrie et accueille des personnes ayant toutes un parcours de vie en lien avec la justice et le milieu carcéral.

À ce titre, ils sont tous placés sous mesure de l'article 59 al.2 du nouveau Code pénal Suisse, article contraignant l'auteur d'un délit souffrant d'un grave trouble mental à être placé dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures (Annexe, V).

Cette dimension invite d'autant plus le soignant à se positionner sur le mode de communication et de perception à établir avec le patient et à se poser les questions adéquates avec pour objectif d'avancer ensemble dans la relation d'aide. Car pour King,

puisque'une des fonctions d'une infirmière est d'aider l'individu à identifier ses besoins et d'établir des buts réalistes afin de répondre à ses besoins, l'infirmière est responsable d'utiliser des méthodes permettant de gagner des informations sur la perception d'un individu de la situation (King, 1971, traduction libre, pp. 94-95).

Ces méthodes nous les trouvons dans les questions que nous avons à nous poser pour entrer en relation, tant sur nos perceptions que sur celles du patient.

Les situations d'enfermement, le passage par la prison pour l'ensemble des patients de l'unité éveillent en nous un certain nombre de questionnements et d'interrogations du fait d'un parcours qui n'est pas nécessairement commun de rencontrer dans une unité de soins. Aussi, nous devons nous demander qu'elle est notre réelle perception de la situation, qu'est ce que cela évoque en nous, afin de laisser libre le champ à la perception que le patient a de la situation. À ce propos, King suggère le type d'interrogations que nous devrions avoir: «Quelles sont les préoccupations des patients? Comment définissent-ils la situation? Quels sont les faits subjectifs existants pour eux dans cette situation? Comprendons-nous l'espace de

vie du patient, la personne, et l'environnement psychologique qui existent pour lui?» (traduction libre, pp. 94-95).

Cette dernière question m'est apparue d'emblée comme importante à prendre en considération du fait de l'histoire de vie des patients de l'unité.

La démarche que j'ai alors choisie dans les deux premières semaines de mon stage a été effectivement d'approfondir mes acquis théoriques et d'en découvrir certains autres, puis également de prendre le temps d'observer le fonctionnement et l'organisation de l'unité au travers du travail des soignants ainsi que de la vie quotidienne des patients, pour essayer de comprendre la dynamique de cet environnement et pouvoir par la suite m'y inscrire. Mon objectif était également de détecter quels étaient les différents outils qu'utilisaient les infirmiers dans leur pratique quotidienne, et particulièrement lors d'entretiens infirmiers ou médico - infirmiers (entretiens menés en présence du patient, du médecin référent et d'un infirmier, si possible l'infirmier référent).

Ainsi, cette démarche me permettait déjà de m'inscrire dans le modèle conceptuel de King, dans le sens où

les perceptions sélectives à la fois de l'infirmier et du patient, aboutissant à des actions, des réactions et des interactions sont influencées par les variables de la situation.... Par conséquent une certaine compréhension des différents systèmes sociaux au sein desquelles grandissent et se développent les individus apparait essentielle, si l'objectif de parvenir à un état de santé possible ou approprié pour les personnes ou les groupes doit être atteint (traduction libre, pp.101- 102 -127).

Cette phase, que je pourrais nommer phase de préparation, ou d'appréhension de la pratique, m'a également conduit, et ce de manière assez naturelle, vers des recherches plus ancrées dans le domaine des sciences humaines, et ce en rapport avec les questions d'enfermement tant physique que psychique, notions que me renvoyaient les patients du fait de leur histoire de vie.

Cette période m'a alors permis de clarifier et de poser les assises de la posture que je souhaitais adopter dans une relation d'aide, et à, de mon point de vue, contribué à la légitimer auprès de l'équipe soignante et des patients.

J'ai finalement souhaité, en accord avec les infirmiers du service et la personne concernée, entamer une relation d'aide avec une patiente que je nommerais ici Mlle Amo. Mon choix s'est porté assez naturellement vers cette personne, d'une part parce qu'une amorce de lien s'est créée assez rapidement entre nous, et d'autre part parce que Mlle Amo semblait être une des patientes les plus ouvertes à entreprendre une relation d'aide avec une personne arrivée depuis peu dans le service.

De façon naturelle, elle me parlait assez ouvertement de son parcours en prison et au sein de l'institution et des objectifs qui l'animaient, en rapport avec son processus de réhabilitation.

Un premier entretien s'est donc déroulé, en compagnie de son infirmière référente, au cours duquel je lui ai expliqué ma démarche, mes objectifs d'apprentissage au travers de notre relation thérapeutique, lui précisant que je souhaitais avant tout avoir son accord et pouvoir compter sur sa collaboration.

Mlle Amo a répondu favorablement à ma proposition, me donnant par là même son accord pour utiliser tout le matériel infirmier et médical la concernant nécessaire à notre travail. Nous avons également convenu d'un prochain rendez-vous pour un entretien, afin de rediscuter ensemble de sa situation actuelle, en vue de faire ensemble une ébauche des objectifs qu'elle souhaiterait atteindre et des stratégies pouvant l'y aider.

Afin de comprendre plus en détail la situation de Mlle Amo, et les raisons qui faisaient qu'elle se trouvait actuellement hospitalisée dans cette unité, j'ai parcouru son dossier médical et infirmier, en essayant d'en dégager les principaux éléments.

Mlle Amo, est une jeune femme Suisse, dans la trentaine, ayant été admise dans cette unité de soins pour une 34^{ème} hospitalisation, en entrée non volontaire. Elle est donc, à ce titre placée sous mesure de l'article 59 al.2 du nouveau Code pénal Suisse.

Un peu plus de dix ans auparavant, Mlle Amo est hospitalisée pour la 1^{ère} fois en entrée volontaire dans la même institution et présente une symptomatologie dépressive, des attaques de panique et des conduites de jeux pathologiques. Le diagnostic alors retenu, en référence à la CIM-10 est un «trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline». (Annexe, VI).

Le parcours de vie de Mlle Amo est un parcours complexe et difficile, débutant avec une petite enfance qu'elle décrit elle-même comme ayant été très malheureuse, avec de la maltraitance verbale et physique, de nombreuses disputes entre ses parents en lien avec l'alcoolisme de son père, un parcours scolaire tout aussi difficile du fait de sa dissipation et de ses difficultés de concentration avec pour conséquence une rupture scolaire, le redoublement de sa 8^{ème}, puis l'abandon de ses études en 9^{ème}.

C'est au cours de cette période que la patiente commence à consommer de l'alcool et du cannabis à but anxiolytique et à expérimenter divers produits de consommation, entraînant un épisode d'overdose à l'ectasie l'année de ses 17 ans. Elle développe en parallèle un trouble du comportement alimentaire composé de phases de boulimie avec vomissements entraînant alors une prise pondérale de 30 kg, et fait ses premières fugues du domicile familial.

Elle fait, durant cette période, la connaissance de son compagnon, un jeune homme de 23 ans d'origine étrangère, sans-papiers, avec qui elle se fiancera 2 ans plus tard.

L'année de ses 20 ans s'opère une rupture totale de lien avec son père qu'elle accuse alors de viol l'année de ses 16 ans. Cet évènement sera qualifié plus tard par la justice comme abus sexuel sans viol et elle dira regretter cette accusation dans le sens où cela lui a valu d'être rejetée par sa famille. Cette année marque pour Mlle Amo le début d'une période durant laquelle elle résidera dans différents foyers pour des périodes de plusieurs mois et sa mise sous tutelle volontaire, ainsi que le renvoi de son compagnon dans son pays d'origine, suite à des délits. C'est à partir de ce moment-là, que la patiente effectuera de nombreux allers-retours avec l'institution psychiatrique.

Lors d'une période d'hospitalisation, la patiente, suite à des frustrations en liens avec sa structure de personnalité de type borderline est transférée en maison d'arrêt, pour des délits d'incendies volontaires dans les unités de soins. Elle effectuera une période de détention de 6 mois, et à sa sortie, elle suit alors le programme CARE (Annexe, VII) et réintègre une unité au sein de l'institution.

Durant ses nombreuses périodes d'hospitalisation, la patiente se mettra très souvent en danger, toujours en lien avec le feu, qu'elle décrit comme étant un agent anxiolytique. Elle dit aimer contempler les flammes, sans être totalement consciente du danger que cela représente. Elle a aussi des comportements d'automutilations, s'insère des objets étrangers dans le corps, et tente de s'étrangler à plusieurs reprises.

Suite à sa première incarcération, Mlle Amo referra deux séjours en maison d'arrêt pour les mêmes motifs, ainsi que pour délit manqué de meurtre commis en milieu hospitalier. Les deux peines prononcées alors seront chacune suspendues par la cour au profit d'un internement en milieu fermé au sens de l'article 59 du Code pénal Suisse. Depuis quatre ans, Mlle Amo a été hospitalisée en milieu ouvert au sein de l'institution psychiatrique plusieurs fois. Selon le dossier infirmier, depuis son entrée, Mlle Amo a progressé au niveau de sa relation aux autres, de la gestion de son anxiété et des acquisitions éducatives. Elle gère mieux les émotions difficiles, est moins vulnérable. Le programme a été élargi à des sorties sur le domaine de l'institution, accompagnée, puis seule et par la suite hors du domaine. Elle reprend également contact avec sa famille, elle voit sa mère 2 fois par semaine et a régulièrement la permission de dormir chez elle.

Depuis deux ans, elle ne présente plus d'épisodes psychotiques ni de gestes auto ou hétéro agressif, et les contrôles toxicologiques sont négatifs. Mlle Amo bénéficie d'un cadre de soins structuré d'une part d'un EMI (entretien médico-infirmier) hebdomadaire, un EI (entretien infirmier) structuré de 30 minutes hebdomadaires, ainsi que d'un programme groupal, qui inclut différents groupes à visée de médiation (groupe cuisine, musicothérapie, lecture et écriture, sport), de réhabilitation (groupe affirmation de soi, hygiène santé, bilan et

organisation de la journée, repas thérapeutique), et d'expression (groupe parole, théâtre, santé, lecture et écriture, ainsi que d'un programme d'enseignement structuré au patient, au sujet du traitement).

L'histoire de vie et de maladie de Mlle Amo, ainsi que le diagnostic médical ayant été retenu à ce jour, à savoir une «personnalité émotionnellement labile de type borderline», laisse entrevoir l'hypothèse d'un travail autour du lien et de la gestion des émotions. Effectivement, il est à noter que durant son parcours de vie, la patiente a reproduit des schémas plus ou moins récurrents autour de l'abandon et de la problématique relationnelle, caractérisés par un climat de maltraitances verbales et physiques durant son enfance, de nombreuses disputes entre ses parents et enfin le divorce de ces derniers l'année de ses 10 ans. À noter également une forme «d'abandon» au travers du décès de son grand-père, personnage qui semble avoir beaucoup compté pour elle.

Les relations ayant suivi se sont également souvent soldées par des échecs, comme avec son compagnon. Les abus sexuels de son père, dont elle aurait été victime ont également mis un terme définitif à leur relation. Il est également important de relever des épisodes précoces de fugues du domicile familial, des placements dans différents foyers avec ce que cela peut impliquer à chaque fois dans la reconstruction d'un tissu social relationnel.

Il est également évident que ses périodes d'incarcération sont fortement susceptibles d'avoir entériné cette difficulté à entrer en lien avec les autres, à leur accorder de la confiance et à vivre les émotions dans le présent, et non pas en perpétuelle projection.

Voilà pourquoi il me paraissait judicieux de poursuivre un travail ancré sur les relations interpersonnelles entre l'équipe soignante, la patiente elle-même, mais également les autres patients de l'unité, ainsi que de m'intéresser à l'environnement social direct de la patiente (son lieu de travail actuel par exemple) ainsi que les différentes structures (d'accueil, pénitentiaire et hospitalier) par lesquelles Mlle Amo est passée tout au long de son parcours de vie et de maladie. Effectivement, une compréhension de ces différents facteurs constitue un élément essentiel dans la construction d'une collaboration et dans l'élaboration d'une stratégie de prise en soins. Pour renforcer cette proposition, nous pouvons reprendre la situation de King (1971,1997) déjà citée, concernant les perceptions sélectives de l'infirmier et du patient et l'importance de la prise de conscience des facteurs de la situation, de l'environnement et des différents systèmes sociaux par lesquels est passée la patiente et ceux dans lesquels elle est ancrée aujourd'hui.

Il me paraissait donc d'autant plus nécessaire d'avoir une idée relativement claire et précise des chemins empruntés par la patiente afin de se représenter le milieu dans le lequel

Mlle Amo a évoluer et d'en mesurer les potentielles conséquences. Cependant, outre le fait de se rendre éventuellement au sein des différentes structures, j'ai pu mettre à profit l'élargissement de mes connaissances théoriques que j'avais entreprises en début de stage, ainsi que l'élargissement de mes recherches en sciences humaines.

À noter que dans la présente situation la dimension carcérale invite à se pencher sur la problématique de l'enfermement, tant physique que psychique et à s'intéresser par exemple aux travaux de Bentham (1780) et à la notion de panoptique qui selon Laval (2011) «devient [le panoptique] la figure architecturale de cette technique de pouvoir qui trie les corps, les isole et par un effet de transparence et de dissymétrie des regards, les discipline».

L'idée du panoptique et de ce que cela suggère à l'époque où Bentham imagine le concept est largement reprise et analysée par Michel Foucault dans son ouvrage *Surveiller et punir* (1975). En référence aux travaux de Bentham, il cite également Julius (1831), qui quelques années après ce dernier s'interroge sur la question du principe panoptique.

Il disait qu'il y avait là bien plus qu'une ingéniosité architecturale: un événement dans «l'histoire de l'esprit humain». En apparence, ce n'est que la solution d'un problème technique; mais à travers elle, tout un type de société se dessine. L'Antiquité avait été une civilisation du spectacle. «Rendre accessible à une multitude d'hommes l'inspection d'un petit nombre d'objets»: à ce problème répondait l'architecture des temples, des théâtres et des cirques. Avec le spectacle prédominaient la vie publique, l'intensité des fêtes, la proximité sensuelle. Dans ces rituels où coulait le sang, la société retrouvait vigueur et formait un instant comme un grand corps unique. L'âge moderne pose le problème inverse: «Procurer à un petit nombre, ou même à un seul la vue instantanée d'une grande multitude». Dans une société où les éléments principaux ne sont plus la communauté et la vie publique, mais les individus privés d'une part, et l'État de l'autre, les rapports ne peuvent se régler (Foucault, 1975, p. 218).

Au-delà de cet aspect, Foucault évoque l'évidence que la prison adopte également un rôle de transformation des individus en reproduisant, voire en accentuant bon nombre de mécanismes que l'on retrouve dans la société civile, définissant ainsi la prison comme étant

.... une caserne un peu stricte, une école sans indulgence, un sombre atelier, mais, à la limite, rien de qualitativement différent.... La prison n'a pas été d'abord une privation de liberté à laquelle on aurait donné par la suite une fonction technique de correction; elle a été dès le départ une «détention légale» chargée d'un supplément correctif, ou encore une entreprise de modification des individus que la privation de liberté permet de faire fonctionner dans le système légal. En somme l'emprisonnement pénal, dès le début

du XIXe siècle, a couvert à la fois la privation de liberté et la transformation technique des individus (Foucault, 1975, p. 235).

Cette réflexion peut ainsi nous amener à nous questionner sur ce que l'expérience carcérale et l'image de la prison peuvent avoir comme conséquences, tant sur la vie de la patiente que sur nos propres représentations de la prison et de l'enfermement; cette démarche reste tout autant essentielle qu'elle l'était au moment où Foucault lui-même écrivait que

... il fallait faire entrer la prison dans l'actualité, non sous forme de problème moral, ou de gestion générale, mais comme un lieu où il se passe de l'histoire, du quotidien, de la vie, des événements, du même ordre qu'une grève dans un atelier, un mouvement de revendication dans un quartier, une protestation dans une cité HLM» (Foucault, 1994, p. 86 cité par Lefeuvre Déotte, 2009).

Ainsi Foucault nous invite à considérer la prison comme une société à part entière, comportant ses propres règles et ses propres travers, légitimant un certain nombre de revendications. Émerge alors la question de l'existence au sein même de la prison, de la possibilité d'entrer en relation avec ses pairs et les instances pénitentiaires, d'accorder de la confiance, de trouver un champ libre à l'expression de ses émotions. S'agissant de Mlle Amo, pouvons-nous considérer que la prison a contribué à accentuer les traits de sa maladie, où la prison est-elle directement responsable de l'émergence, de l'apparition de ses symptômes? Sans nécessairement aller au-delà dans l'élaboration ou la vérification de cette hypothèse, il paraît néanmoins nécessaire d'avoir cette réflexion en tête afin de pouvoir éventuellement comprendre certains mécanismes propres à la pathologie de Mlle Amo, ou tout du moins saisir et tenir compte du climat dans lequel elle a évolué.

Si l'on admet, comme Foucault le propose que la prison représente une société, ou tout du moins une institution sociale à elle seule, et que l'on s'attarde sur ce qu'il décrit comme étant «[l'hôpital, la manufacture, l'école, la prison, deviennent] d'immenses machines à connaître, surveiller et modeler les individus» Laval (2011), il est intéressant également de s'attarder sur les différentes sphères sociales à partir desquelles chaque individu se construit, se laisse modeler, en admettant que d'une manière générale, selon King (1971) un individu est né dans sa première institution sociale, la famille.

La famille initie le processus de socialisation à la satisfaction des besoins à charge du bébé et de l'enfant. La communication et les modes d'interaction sociale sont développés dans ce système social. Le milieu de perception de l'enfant est bombardé par des événements, des personnes et des objets. En grandissant, l'enfant commence à différencier les personnes et les objets et apprend comment établir des relations au sein de son environnement social. Sa connaissance est développée, d'autant que ses

expériences perceptives sont augmentées. L'enfant est considéré en bonne santé si son développement se déroule selon les schémas de croissance et le comportement conçus pour être ceux de la norme relative des individus dans la société (traduction libre, pp. 127-128).

Considérant donc l'importance de l'environnement dans lequel grandit et évolue un enfant, une mise en avant des travaux de Winnicott, et plus précisément du chapitre *La capacité d'être seul* (Winnicott, 1958, pp. 325-333) semble appropriée pour renforcer cette idée tout en la mettant en parallèle avec la notion d'enfermement, propre à la situation de Mlle Amo.

Winnicott débute son chapitre de la manière suivante: «Mon intention est d'étudier la capacité de l'individu d'être seul, présumant que cette attitude constitue l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif» (Winnicott, 1958, p. 325).

Cette possible corrélation entre les concepts de capacité à être seul et pour conséquence une meilleure appréhension ou un meilleur vécu de l'enfermement est développée par Fadhlouï, (2009), psychologue, psychothérapeute, directrice du Réseau de Santé Mentale de l'Yonne dans un article traitant de l'enfermement en psychiatrie. Elle y reprend les trois différents états de solitude chez le nouveau-né décrit par Winnicott, et le lot de conséquences qui les accompagnent, à savoir

une situation de solitude mal vécue avec des sentiments de rejet et d'abandon pouvant provoquer des angoisses insupportables; des appétences à la solitude par mécanismes archaïques de «repli»; la genèse d'une bonne capacité à être seul dans la relation précoce à la mère (Fadhlouï, 2009, p. 32).

À ce propos, Winnicott (1958) entend bien «... entreprendre une étude des aspects positifs de la capacité d'être seul» (p. 325).

La réflexion de l'auteur s'appuie alors sur le paradoxe évoqué par Winnicott (1958) selon quoi, «Le fondement de la capacité d'être seul est donc paradoxal puisque c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre» (p. 327).

Ainsi, d'après Fadhlouï (2009), pour Winnicott (1969), la présence à distance respectueuse des besoins donne la sécurité nécessaire pour duper les jeux et les explorations du bébé.

Émerge ainsi la notion de bonne solitude, c'est-à-dire une suspension (et en aucun cas un effacement ou une annulation comme dans la situation de repli) de liens avec les autres. Pour que le bébé soit capable de conserver un lien vivant à l'intérieur de lui, avec ses objets internes, il faut qu'il soit nourri régulièrement par des liens réels et de bonnes qualités.

Les personnes en bonne santé sentent bien quand leur temps de solitude est passé, et la nécessité de devoir aller retourner vers les autres pour se nourrir de lien.

La privation de lien qui excède les ressources de la personne entraîne un estompage, puis un risque de disparition des traces de relation vivante en lui.

L'auteur établit par la suite un lien avec les travaux de René Spitz (1968) qui, dans son ouvrage *De la naissance à la parole* donne un tableau précis et saisissant des différentes phases observées chez des bébés placés en pouponnières, et délaissés du point de vue affectif.

Dans [la] première phase, on sent que cette privation de lien génère un très grand malaise et l'on peut penser aux angoisses agonistiques, ces états de terreurs sans nom décrites par Winnicott (2000), Rousillon (1999) et Bion entre autres. Ce sont des vécus catastrophiques d'angoisse extrême qui envahissent le bébé quand personne n'est là pour le secourir. Puis vient la phase terrible où les bébés ne pleurent plus, ne réclament plus, deviennent de plus en plus inertes et finissent par mourir... Winnicott explique que le bébé, par son immaturité, s'est trouvé dans l'impossibilité de donner sens ou même de s'approprier une telle expérience, qu'il n'a pu «survivre» qu'à la condition de se couper de sa subjectivité. Se trouve ainsi formulé le paradoxe central de l'identité: pour continuer à se sentir être, le bébé a dû se retirer de lui-même et de son expérience vitale (Fadhlaoui, 2009, p. 32).

En regard de ces expériences précoces décrites par Spitz et analysées par Winnicott, Fadhlaoui analyse l'expérience de l'isolement et de la manière dont il peut être vécu et émet l'hypothèse que

... ces expériences précoces sont également les creusets où se nichent les tentations de repli quand le lien à l'autre devient trop persécutant.

L'image que je me donne de ces mécanismes complexes de clivage est celle d'une cave où les vécus les plus terrifiants liés à ces traumatismes précoces sont enfermés, sans être élaborés. Les affects et les monstres sont toujours prêts à surgir, aussi effrayants qu'à l'origine, dès que la porte s'entrouvre. La seule échappatoire que trouve le sujet est de refermer la porte comme si de rien n'était... jusqu'à la prochaine fois.

On tremble à l'idée que la mise en chambre d'isolement puisse prendre la forme de cette cave obscure pour trop de patients (pp. 32-33).

Revenant à l'idée d'approfondissement des connaissances théoriques larges et distinctes des connaissances en science infirmière au travers de la littérature, pour moi, l'hypothèse émise ci-dessus par Fadhlaoui peut conduire à une réflexion plus philosophique au travers du mythe ou de l'allégorie de la caverne de Platon (Annexe, VIII).

Au travers de cette allégorie, Platon met en évidence le fait que nous sommes tous prisonniers, enchaînés dans cette caverne, esclaves de nos propres représentations, de notre propre jugement des choses. Notre éducation laisse en nous une empreinte, une image que nous nous sommes forgées de notre propre monde intérieur et de ce qui nous entoure. Image influençant l'individu, influençant sa décision de croire ce qu'il a toujours cru savoir ou de faire confiance en celui qui remet en cause la perception de sa propre existence. Ainsi, il faut un certain courage pour accepter d'être libéré de ses chaînes, pour aller vers la lumière, affronter les images telles que nous ne les avons jamais perçues et accepter qu'une autre vérité existe, au travers de ce que nous percevons de ces images, car en définitive, nous pouvons considérer que l'Être est la vérité, tandis que les apparences sont sources d'erreurs et d'illusions. Reste à chercher en nous les outils, la capacité de revisiter notre jugement et le creuset de nos représentations. Reste également au soignant la proposition de mettre en lien direct les notions d'enfermement, d'isolement et de solitude, et ce de tous les points de vue. L'isolement, l'enfermement ne se résument pas à une position physique, mais bel et bien à des états psychiques en souffrance.

C'est pourquoi, après avoir esquissé, la notion de "capacité d'être seul" de Winnicott et les champs de la philosophie au travers de Foucault et Platon, il paraît important de considérer que les personnes atteintes de troubles psychiques puissent souffrir d'un sentiment de solitude et par conséquent d'enfermement en eux-mêmes. Ce qui ressort alors, est, me semble-t-il la nécessité de passer par le lien qui pourrait vraisemblablement faire défaut.

Il ne s'agit évidemment pas de systématiser l'absence de liens affectifs ou de liens tout court, auprès des personnes souffrant de troubles psychiques, mais bien de tenter de percer la bulle dans laquelle les patients peuvent se sentir prisonniers.

L'entrée en relation, l'établissement d'un lien dans la situation de Mlle Amo représente une occasion de lui proposer de la libérer de ses chaînes et de l'accompagner en dehors de la grotte; lui proposer ainsi de poser un autre regard sur l'extérieur, lui suggérer d'autres manières d'appréhender les ombres et les voix, lui donner ou lui redonner la possibilité de se considérer comme étant le siège de sa propre vérité. Car ce qui fait principalement défaut dans la situation de Mlle Amo, mais qu'elle arrive cependant à verbaliser, est une certaine méconnaissance des codes sociaux ou à défaut une mauvaise interprétation de ces derniers, un sentiment de ne jamais être "dans le juste", de ne pas assez faire parler sa propre vérité, ses propres instincts.

Mais la question de respect du rythme du patient, au travers de l'écoute et donc de la perception de la situation par cette dernière m'a révélé d'autres objectifs prioritaires à ses yeux.

Le fait de m'être concentré sur son passé dans l'idée de mieux appréhender son présent, à sans doute eu tendance à m'éloigner de ses préoccupations premières, du moment.

Mais le fait d'entrer en relation en suivant les étapes de perception, d'interaction et de transaction suggérées par King (1971) m'a permis de construire, avec Mlle Amo, une démarche de soins appropriée, réalisable et correspondant aux attentes réelles de Mlle Amo. (Annexe, IX). Ainsi, si je n'ai pas eu l'occasion d'apprécier l'ensemble de l'aboutissement des buts de Mlle Amo, du fait que mon stage se terminait, j'ai tout de même pu constater que le travail entrepris ensemble portait ses fruits et qu'un réel processus d'échange et de collaboration s'était produit, et y avait contribué.

4.1.2 Recherche

Murray & Bayer (1996), mettent en avant comment un cadre théorique comme celui de l'atteinte des buts de King (1981) peut être appliqué dans un service de santé mentale.

Bien que les auteurs présentent des résultats à partir d'un échantillon et qu'ils évaluent l'efficacité de l'utilisation d'un cadre théorique sur ce dernier, nous pouvons considérer qu'il s'agit plus d'une étude qualitative que quantitative. Car effectivement, le but premier est bien de tenter d'appliquer une théorie de soins spécifique, dans un champ d'application lui aussi spécifique.

Ainsi, l'hypothèse qui est avancée par les auteurs est qu'«une théorie infirmière peut être appliquée dans le développement des services de santé mentale» (Murray & Baier, 1996, traduction libre, p. 15).

La structure dans laquelle a été menée cette étude accueille des personnes sans-abri âgées de 19 à 63 ans, souffrant tous de troubles psychiques. Cette structure propose aux personnes un programme de transition. En d'autres termes, les patients intégrant celle-ci s'engagent dans un processus de réinsertion et les buts centraux de ce programme sont

[d'] aider les clients à trouver et à conserver un logement indépendant, obtenir des fonds d'admissibilité, et de développer des relations de soutien, y compris avec les autres clients et le personnel. Certains résidents veulent obtenir un emploi.... Éviter une ré hospitalisation à long terme ou répétée sont des objectifs supplémentaires qui ont été fixés par des résidents (p.17).

L'ensemble de ces objectifs à atteindre est abordé et élaboré au travers des concepts clefs de la théorie de King (1971) qui sont la communication, l'interaction et la transaction.

Pour les auteurs, «le contexte d'une personne, d'une maladie psychiatrique, la santé et les problèmes juridiques influencent la façon dont les objectifs sont formulés et rendus

opérationnels» (p.16), ainsi, il est nécessaire de s'appuyer sur les différents systèmes (interpersonnel, social) décrits par King et permettant une entrée en relation basée sur une entente mutuelle et une compréhension des différents contextes ou systèmes dans lesquels s'inscrit la prise en soins des personnes. Reprenant l'aspect théorique de King selon qui les objectifs sont développés au travers de la communication et de l'interaction qui se produit entre le personnel et les patients, les auteurs relèvent également le fait que «Les résidents interagissent avec les autres dans la poursuite de la réalisation de certains objectifs, et ces comportements s'établissent souvent dans un modèle qui devient effectif pour eux» (p. 17).

Les auteurs exerçant au sein de cette structure, ainsi que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (composée principalement de travailleurs sociaux), considèrent chaque individu comme étant un être social et rationnel et apte à comprendre les règles qui régissent le programme. Ces règles leur sont transmises par oral puis par écrit lors de l'admission au programme.

S'il peut arriver que des personnes ne soient pas dans la capacité ou la volonté de respecter ces règles, le personnel fixe des limites appropriées. Si les règles sont constamment ignorées, et qu'une révision des objectifs ne peut être faite, il est demandé au résident de quitter le programme (Murray & Baier, 1996, traduction libre, p.17).

En d'autres termes, il est convenu avec les patients qu'un travail est entrepris avec eux avec pour but de mettre en place des objectifs propres à chacun. Ces buts sont définis et mis en place au travers de la communication et de la transaction entre le personnel et les résidents.

Une sorte de contrat est établi entre les différentes parties afin de fixer un certain nombre de règles à respecter.

Les objectifs sont dirigés dans un délai de 90 jours. Dès lors que la pathologie du patient va altérer ses perceptions, la communication et les interactions, il devra recouvrir un minimum de rationalité pour être admis. Il s'agit ici, une fois de plus de tenir compte de l'environnement interne du patient, d'être à même de le resituer dans son contexte de prise en soins, afin de poursuivre l'atteinte de ses objectifs ou de modifier ces derniers (King, 1971).

Mais «bien que le personnel puisse aider, faciliter et créer des opportunités, le résident doit effectuer le travail dans l'espace et les contraintes de temps spécifiés» (Murray & Baier, 1996, traduction libre, p.17).

Ce type d'approche est similaire au travail entrepris avec Mlle Amo. dans le sens où un contrat était également mis en place avec la patiente. Les entretiens formels et informels entre la patiente et le reste de l'équipe étaient tous entrepris dans le but de communiquer autour de la situation de Mlle Amo. et de l'environnement dans lequel elle évoluait et des buts ou objectifs qu'elle s'était fixés. Un cadre temporel avait également été établi afin de pouvoir

juger de l'évolution de la situation et le cas échéant de pouvoir réajuster la pertinence des buts fixés par Mlle Amo. Outre les entretiens infirmiers, les diagnostics infirmiers mis en place conjointement par l'infirmier et la patiente représentaient également un outil d'évaluation journalier, permettant de présenter des résultats écrits et clairs à la patiente, afin de témoigner de l'efficacité du plan de soins mis en place.

L'ensemble de ces stratégies de soins était inscrit dans une dynamique de communication, d'interaction et de transaction avec la patiente.

L'application du modèle théorique de King (1981) au sein de la structure à démontrer dans cette étude qu'il était possible d'obtenir des résultats positifs en termes d'atteintes des objectifs pour les résidents, bien que ces derniers soient nuancés.

Effectivement, les patients n'ont pour la plupart pas été capables d'atteindre leurs objectifs dans le cadre qui leur était donné. Pour un tiers de ces derniers, les objectifs ont été atteints au-delà des 90 jours, tandis que 28,9 % d'entre eux n'ont pas pu s'adapter à la structure et aux règles du programme. Cependant, les 110 participants ayant terminé le programme ont démontré une croissance et un développement, un processus de maturation, ainsi qu'un niveau de santé plus élevé (p. 18).

Les auteurs relèvent au cours de cette étude un fait important: «Lorsque les perceptions changent dans un sens positif ou réaliste, un sentiment positif de soi est promu» (Murray & Baier, 1996, traduction libre, p.17).

Ainsi, ils peuvent observer que les patients sont alors capables de suivre les règles et les attentes, de s'engager dans des comportements et des rôles appropriés, et de gérer le stress de façon positive au sein d'un programme et d'un espace structuré.

Mais ce qui paraît d'autant plus intéressant et ouvre la possibilité d'affirmer que la théorie de King est un choix pertinent pour ce type de programme est le constat que les patients

... peuvent avoir des interactions plus harmonieuses, des fonctions plus adaptatives, participer à des relations avec les autres, et réaliser les tâches de développement plus appropriées à l'âge [chronologique]. Ces objectifs peuvent être atteints indépendamment du diagnostic, de la durée du séjour et du nombre d'hospitalisations antérieures (p.17).

L'environnement social et interne des personnes ayant participé à ce programme est un environnement qui, comme dans le cas de Mlle Amo, serait susceptible de modifier le regard des soignants sur les problématiques de la situation, et de les inciter à prendre des décisions et mettre en place des objectifs selon leurs propres perceptions, sans tenir compte de la perception propre des personnes concernées.

La décision d'appliquer la théorie de King dans ce contexte paraît par conséquent adéquate dans le sens où cette dernière place le patient au centre de sa propre prise en soins, dans l'ici

et maintenant, considérant sa vision de sa propre situation et des perspectives qu'il est en mesure de projeter.

En conclusion, les auteurs déclarent que «Le modèle de King peut être utilisé comme un cadre pour évaluer et maintenir la santé d'un système social qui aide les clients à atteindre leurs objectifs déclarés» (Murray et Baier, 1996, traduction libre, p.17).

4.2 Étude de cas selon la perspective infirmière de Travelbee & Peplau

A winter's day
In a deep and dark December;
I am alone,
Gazing from my window to the streets below
On a freshly fallen silent shroud of snow
I am a rock,
I am an Island

Don't talk of love,
But I've heard the words before;
It's sleeping in my memory
I won't disturb the slumber of feelings that have died
If I never loved I never would have cried
I am a rock
I am an island

I've built walls,
A fortress deep and mighty,
That none may penetrate
I have no need of friendship ; friendship causes pain
It's laughter and it's loving I disdain
I am a rock
I an an Island

I have my books
And my poetry to protect me;
I am shielded in my armor,
Hiding in my room, safe within my wom
I touch no one and no one touches me
I am a rock,
I am an island
And a rock feels no pain;
And an island never cries

I Am a Rock, Paul Simon

Dans cette partie du travail, nous allons essayer de comprendre une situation de soin en alternant la pratique et la théorie. L'expérience vécue dans un stage de psychiatrie ainsi que les apports théoriques de Peplau et Travelbee seront les supports de cette étude de cas. Pour réaliser ce travail, j'ai choisi plusieurs cadres de référence centrés sur la relation interpersonnelle. Une base commune à tous ces cadres de références est l'existence des mécanismes de défense mis en jeu dans toutes relations. La théorie de Peplau et sa méthodologie clinique m'ont servi de guide en m'aidant à prendre conscience de ce qui se joue dans l'inconscient, à me structurer et à aller plus loin dans la relation (Annexe, X). Cet

éclairage n'a pas pu empêcher cette jeune fille à agir des comportements qui mettaient sa vie en danger dans le contexte de frustration intense et impensable pour elle.

Dans la situation présentée, il est important de reconnaître que la patiente utilise avec intensité les mécanismes tels que l'introjection (Peplau, 1988, p. 109) et la projection (p. 110) en rendant fréquemment les autres entièrement responsables de ses problèmes. D'autres mécanismes intervenaient aussi probablement pour assurer la sécurité, voire la protection de son moi. Selon Peplau, les mécanismes sont «utilisés en présence d'obstacles à la réalisation d'un but; ils sécurisent aussi quand les choix sont rendus difficiles en raison de l'incompatibilité de deux buts» (p. 111).

Lors de mon stage en psychiatrie, au sein d'une clinique spécialisée dans les addictions et les troubles du comportement alimentaire, j'ai essayé pour la première fois de développer une relation d'aide avec une patiente, que l'on appellera ici Margaux.

Durant ma première journée là-bas, j'ai lu la phrase suivante, écrite sur une grande page blanche: «Derrière chaque comportement, il y a une intention positive». Que cette phrase soit vraie ou non, cela n'était finalement pas important, car elle exprimait avant tout une volonté de comprendre l'autre tel qui est. De même, dans son livre, Peplau nous dit que «tout comportement humain a un sens et vise un but en terme de sentiments, de satisfaction et de sécurité» (Peplau, 1988, p. 84).

Les soignants que j'ai rencontrés là-bas travaillaient de manière très soudée autour d'un projet thérapeutique toujours personnalisé et basé sur le principe du volontariat du patient, en lien avec la thérapie cognitivo-comportementale et systémique. Avec toute l'attention de l'équipe pluridisciplinaire, j'ai pris en soin une jeune fille de 17 ans qui vivait une situation d'hospitalisation depuis déjà neuf mois et à qui l'on avait posé un diagnostic d'anorexie mentale restrictive.

Margaux est l'aînée d'une famille de trois enfants. Elle a une sœur de 15 ans, et un petit frère de 8 ans. Sa mère, infirmière, brésilienne d'origine a été adoptée lorsqu'elle était bébé et a vécu toute sa vie en Suisse. Son père, dessinateur, d'origine Suisse allemande a toujours vécu à Genève. Margaux pratique habituellement de multiples activités comme le piano depuis l'âge de six ans, la danse à raison de cinq heures par semaine au début, puis huit heures par semaine. Elle participe à une comédie musicale les weekends et fait du ski en hiver. La danse est sa passion et elle rêve de devenir danseuse professionnelle.

Lors des années du cycle, Margaux avait une meilleure amie avec qui elle passait tout son temps, jusqu'à ce que celle-ci adopte une attitude plus rebelle et qu'elle l'abandonne pour des activités plus excitantes. Ensuite, elle vit une deuxième amitié très importante avec une fille

qui se montrait très possessive. Lors de cette relation, Margaux a perdu tous ses amis, vivant une relation exclusive avec cette personne. Mais cette amie a fait une tentative de suicide, puis s'est éloignée de Margaux, jusqu'à ne plus la voir du tout, ce qui a été vécu par Margaux comme étant une séparation difficile. Au début du collège, Margaux entre dans une nouvelle école de danse plus prestigieuse. Petit à petit, Margaux se réfugie dans la danse et dans les études. Selon elle, c'est à la suite de ces deux événements et l'entrée au collège que la maladie s'est installée. Son attention sur ses activités physiques et intellectuelles devient totale, ce qui l'isole complètement de ses amis.

Margaux dit être une personne timide et réservée, alors qu'elle perçoit sa sœur et son frère comme étant deux caractères forts. Elle dit ne pas trouver sa place au sein de sa famille, surtout auprès de ses frères et sœurs. Elle décrit son père comme quelqu'un de réservé, renfermé et plutôt distant, et sa mère comme une femme stricte et sévère, dans le contrôle, très protectrice et qui ne montre pas ses émotions. Elle parle de sa sœur comme une adolescente en révolte qui cherche à se différencier d'elle. Pour elle, c'est une ambiance familiale tendue, mais personne ne le montre, on cache ses émotions.

Les personnes qui souffrent d'un trouble alimentaire souffrent aussi souvent d'un manque de relations sociales, amicales, familiales ou amoureuses. La relation peut poser problème, car si elle est une source de joie et d'amour, elle peut être aussi une source de souffrances. L'anorexie est une maladie complexe dont nous n'avons pas encore bien identifié toutes les causes. Mais ce que l'on sait, c'est que ce n'est pas un seul, mais bien plusieurs facteurs associés qui vont, dans un contexte de vulnérabilité, déclencher la maladie.

Principalement, il y a le contexte familial et les problèmes d'attachement qui jouent un rôle, la société et les médias, les facteurs génétiques et éventuellement les traumatismes psychiques ou physiques peuvent être en cause. Les problèmes d'attachement et séparation, la peur de grandir et l'évitement de la croissance sont des problématiques liées entre autres à l'anorexie. L'anorexie mentale (du grec orexis: appétit) signifie qu'il y a une perte d'appétit d'origine mentale (Grenier, communication personnelle [Polycopié], janvier 2012). Toutefois, ce terme n'exprime pas bien la problématique, car en réalité, la perte d'appétit n'est que la manifestation visible du problème et ces femmes anorexiques souffrent souvent d'une faim dévorante. La maladie est une maladie mentale et la souffrance est une souffrance psychique. La personne qui souffre de cette maladie a une angoisse, une insécurité interne qui la pousse à trouver une sécurité dans un objet externe. Pour Jeammet, cité par Corcos (2008, p.36) chez les adolescentes souffrant de TCA, il y a un échec du processus de séparation-individuation

qui se manifeste par une recherche de dépendance à un objet externe, pour éviter la dépendance affective à un objet libidinal.

Plusieurs études ont démontré l'importance de l'attachement dès la naissance, et dans les premières années de vie. L'enfant a besoin de s'attacher à une figure maternelle stable, ou à un substitut maternel, qui lui apporte de l'affection, qui répond à ses besoins par la parole, par son regard et par le toucher de manière régulière et chaleureuse. Nous savons que sans affection, un nouveau-né meurt. Car il a besoin d'être contenu et sécurisé de manière chaleureuse par sa mère, ce qui lui permettrait selon Bowlby (p.36) non seulement de survivre, mais aussi d'explorer son environnement. Ainsi, un enfant garde le même modèle d'attachement durant sa vie et l'utilise comme base pour toutes les relations intimes et sociales qu'il vivra. Alors, un enfant qui n'a pas reçu un attachement sécurisé pour diverses raisons (séparation avec la mère, succession de figures maternelles, pauvre qualité des soins, une mère préoccupée ou détachée) pourrait avoir des difficultés à créer des liens affectifs et cela pourrait même modifier sérieusement l'adaptation sociale de l'enfant (p.37).

Un des facteurs qui aurait alors une influence sur la personne qui vit avec la maladie de l'anorexie serait cette insécurité émotionnelle interne, qui pousserait la personne à chercher des éléments rassurant à l'extérieur, comme moyen de réguler l'angoisse interne. Cette vulnérabilité serait d'autant plus fragile à l'adolescence, car c'est une période favorable au stress de par ses nombreux changements physiques et psychiques.

Cette période serait ainsi susceptible de réactiver le conflit d'attachement-séparation en réinterrogeant la relation aux parents notamment. L'adolescence est aussi la période à laquelle les enfants commencent à sortir de leur environnement familial fréquemment, ils font une transition vers le monde adulte et prennent peut-être conscience que la normalité qui était la leur n'est pas celle de tout le monde. Constatant ses différences, les intégrer et les accepter tout en acceptant les changements que cela provoque dans sa vie n'est pas une mission facile. Pour schématiser, l'adolescent voit ce qu'il a toujours été, ce que les autres sont, et il doit décider de ce qu'il veut vraiment être, en tant qu'être humain, différencié des autres.

C'est là que l'anorexie s'imposerait (avec une prédisposition) comme moyen de stopper cette phase de croissance trop difficile à gérer émotionnellement pour l'adolescente.

Alors, en quelque sorte, un comportement ritualisé et sous contrôle prend la place d'un conflit non réglé, pour former la personne dans une nouvelle identité. C'est une manière d'éviter de se confronter à une problématique du lien, pour se protéger.

La nourriture, ou l'absence de nourriture est une excellente solution, car elle est facilement accessible, toujours disponible, elle permet de contrôler l'anxiété, de contrôler la dépression (souvent corolaire de l'anorexie), de lutter contre l'ennui, le stress et la solitude. Autrement

dit, la nourriture déplace le problème, occupe l'attention et permet de réguler les émotions et de gérer l'angoisse, c'est donc une solution à un problème d'ordre relationnel, émotionnel.

Mais si cette solution apaise la personne momentanément, elle n'arrive pas à la soutenir dans la durée, car physiquement c'est épuisant et dangereux, et psychiquement c'est une souffrance énorme avec laquelle il faut se battre chaque jour. Car le corps et l'esprit sont entrés dans une forme d'automatisme protecteur, qui d'un côté évite à la personne d'être blessée par la relation aux autres, mais qui est en même temps extrêmement exigeant.

L'anorexie a pour caractéristique une grande exigence envers soi-même et envers autrui, un perfectionnisme, un contrôle sur tout et souvent des symptômes dépressifs associés (autres symptômes: amaigrissement, aménorrhée, anorexie, hyperactivité physique ou intellectuelle, déni et dysmorphophobie, angoisse, blocage de la sexualité, baisse des investissements sociaux, obsession concernant la nourriture, irritabilité, sommeil perturbé) (Grenier, communication personnelle [Polycopié], janvier 2012). C'est un travail de chaque instant, pour se protéger de son ressenti, et de celui des autres. C'est un véritable enferment, paradoxalement associé à un besoin irrépessible d'être relié, d'échanger de la nourriture affective avec les autres. La personne oscille dans des mouvements contradictoires entre le besoin de dépendance à quelqu'un sur qui elle peut compter, et la menace que cet amour représente. En attendant, c'est la dépendance au symptôme qui occupe l'esprit, jusqu'à ce qu'il se soigne.

C'est précisément là, dans cette tentative de prendre soin de soi et de rétablir la connexion avec les personnes qui l'entourent, que le rôle infirmier intervient.

Selon Peplau, les infirmières ont deux responsabilités face aux désirs de dépendance des patients: «les aider à apprendre qu'ils peuvent compter sur leur aide quand cela est nécessaire; cet apprentissage s'effectue en leur manifestant de l'intérêt... les aider à prendre conscience de leurs besoins et à améliorer la façon de les exprimer» (Peplau, 1988, p. 175). Elle ajoute que «lorsque l'on satisfait les besoins qui apparaissent, des besoins plus matures peuvent faire surface» (p. 176). En l'occurrence, l'infirmière dans un rôle de substitut maternel peut satisfaire un besoin de dépendance, afin que le patient puisse, une fois ce stade dépassé, se déshabituer de ce substitut maternel à mesure que la relation de personne à personne prend forme. C'est en permettant l'expression des besoins du patient que l'infirmière montre au patient qu'elle essaye de l'accepter tel qu'il est. Au contraire, nier ses besoins, c'est lui montrer que l'on ne s'intéresse pas à lui, que l'on ne l'accepte pas tel qu'il est et qu'il pourra recevoir de l'attention, s'il se soumet aux règles imposées par l'infirmière. C'est une

acceptation conditionnelle. Cela constitue d'après Peplau, le premier apprentissage, celui d'apprendre à compter sur l'aide des autres.

Puisque nous parlons d'interaction et de maladie, en l'occurrence l'anorexie, qui peut être vécue comme une expérience d'apprentissage, alors il est évident que la personnalité de l'infirmière peut influencer le processus de la relation de manière favorable ou défavorable. Comment l'infirmière peut-elle agir pour aider la personne malade à développer sa personnalité dans le sens d'une plus grande maturité? À travers l'analyse de la relation avec Margaux, je vais essayer de souligner ce que j'ai fait de favorable pour le bien-être de la patiente, mais aussi ce que j'ai omis de faire ou ce que j'aurais pu faire autrement. Tout d'abord, j'ai choisi consciemment et sûrement inconsciemment aussi, une patiente avec qui je pensais qu'il me serait possible de développer une relation d'aide en tant que stagiaire infirmière en dernière année. J'ai demandé aux membres de l'équipe leur avis et leur accord, qu'ils m'ont donné. Ensuite, j'ai été vers Margaux pour me présenter, lui expliquer pourquoi j'étais là et pour combien de temps et je lui ai demandé son accord pour que l'on travaille ensemble durant cette période, à raison d'un entretien par semaine. En faisant cela, je l'encourage à participer à l'identification d'un de ses problèmes et je la considère comme une partenaire active. Car, «l'orientation est essentielle à la pleine participation du patient et à l'intégration complète de l'événement de la maladie dans le cours de ses expériences de vie. C'est la seule prévention contre le refoulement ou la dissociation de l'événement» (p. 24). Elle a immédiatement dit oui, en précisant qu'elle était flattée que je la choisisse elle. Ici, le fait que la patiente donne une réponse instantanée sans délai de réflexion peut révéler une difficulté à tolérer la frustration et à se montrer comme distincte de l'autre et vouloir agir dans l'immédiateté. Durant cet échange, mes premières impressions ont été les suivantes: une adolescente réfléchie, qui pèse ses mots, qui a une voix légère et un sourire constant. Je constate aussi le besoin de plaire dans des gestes précis et calculés pour ne pas déranger ainsi que dans sa remarque sur mon choix de patients. Après coup, je me suis dit que cela s'était étonnement bien passé pour un premier contact, presque trop bien. Nous avons ensuite fixé un premier rendez-vous pour pouvoir faire plus ample connaissance. J'ai remarqué par la suite que j'avais noté uniquement mes propos et que je n'avais pas noté les choses dites par Margaux. Cela nous amène au projet de soin spécifique à Peplau, où c'est le langage des deux qui est valorisé ainsi que le processus de réflexion de l'infirmière à partir du compte-rendu du dialogue. En parlant de la phase d'observation, Travelbee nous dit que l'infirmière «n'identifie pas les signes de la maladie, mais qu'elle récolte les données sensorielles pour pouvoir identifier un problème ou un besoin» (Parker & Smith, traduction libre, 2010, p. 77).

Sachant que Margaux était déjà là depuis plusieurs mois, je me suis informée auprès de l'équipe pluridisciplinaire pour savoir dans quelle direction ils allaient avec elle et quels étaient leurs objectifs généraux, afin de pouvoir accorder mes premières impressions avec les leurs. Cette ligne de conduite commune est nécessaire pour ne pas créer de malaise chez la patiente et pour pouvoir l'orienter sur certains aspects liés à son problème.

Dès lors, l'infirmière doit faire un double travail. Celui d'avoir conscience que lorsque l'on rencontre quelqu'un, il est naturel de se faire une représentation de ce qu'il est et que notre passé, ou des personnes connues, les médias et les stéréotypes propres à notre société peuvent nous influencer dans cette nouvelle rencontre et entraver ainsi le création d'un lien de confiance. Il en est de même pour la représentation que le patient se fait de nous. Tout en étant à l'écoute de ses influences, l'infirmière doit être à l'écoute de ses sentiments afin de prendre conscience de ses premières impressions et intuitions qui seront la base d'une future hypothèse en lien avec les besoins de la personne malade. J'avais conscience que je n'étais pas neutre face à cette situation et que mes expériences passées prenaient de l'espace dans cette nouvelle expérience avec Margaux. J'essayais de ne pas porter de jugement et tout emportant mon histoire avec moi, j'essayais de la voir comme une personne unique. Car intuitivement je savais que la création d'un lien se fait lorsque deux personnes «commencent à apprécier l'unicité de chacun» (Travelbee, 1971, p. 77). Cette démarche fait partie de l'observation infirmière et il est important de garder à l'esprit que l'on communique avec une personne qui souffre d'une maladie et non pas que l'on soigne juste une maladie. L'observation, c'est justement voir la personne qui se cache derrière les symptômes de la maladie et être capable de voir l'anxiété, et tout autre symptôme comme une tentative de résolution d'un problème, un mouvement qui a un sens, celui d'apporter une sécurité au patient, un équilibre.

Mais avant cette observation d'analyse, il y a le vécu lui-même en tant qu'expérience, qui précède tout jugement ou interprétation. C'est ainsi que Travelbee (1978) décrit le vécu ou l'écoute:

Le vécu comporte une sorte de plénitude, une immédiateté, une intimité et une perception de la personne vraie, qui n'est pas exactement la même personne que celle dont on a scruté et catégorisé le comportement... Il y a un danger de fragmentation de l'être humain quand on se concentre exclusivement sur les problèmes de soins, sur les comportements psychologiques, sur les signes et les symptômes de la maladie: celui de ne pas saisir l'être humain de façon expérientielle et ne pas tenir compte de son entité totale» (p.26).

Lors de l'entretien suivant, j'ai appris à connaître Margaux un peu mieux. Je voulais comprendre son histoire ainsi que le sens qu'elle donnait à sa maladie. Malheureusement, mon stress lié entre autres au peu d'expérience que j'avais m'a fait lui poser probablement trop de questions. Elle répondait facilement, mais je sentais qu'elle n'irait pas plus loin que ce que je lui demandais et un silence «criant», pesant pour moi s'est installé alors que je la vivais inaténible.

Il est vrai qu'une infirmière débutante ou même avisée peut ressentir le besoin de devoir trouver une réponse, une solution immédiate à une question posée par un patient ou à un silence. Or, cette réponse automatique empêche le patient de continuer à s'exprimer et nie la valeur de ses sentiments. Selon Peplau (1988),

L'infirmière qui répond sans conditions au patient, c'est-à-dire en faisant abstraction de ses propres besoins, invitant le malade à se concentrer sur son problème, lui permet d'exprimer ses sentiments et, ainsi, de prendre conscience de leur nature....L'écoute non directive offre au patient une caisse de résonance qui lui révèle ses sentiments (pp. 28-29).

Ce travail d'écoute permettra au patient de prendre conscience de ce qu'il ressent et de réorienter ses sentiments dans le sens d'une évolution plus favorable pour lui-même.

Pour Peplau, «les étapes de l'orientation et de l'identification sont essentiellement les mêmes que celles de la réceptivité passive et de l'identification de la petite enfance, au début du stade oral du développement de la personnalité. Du point de vue psychologique, le patient ressent jusqu'à un certain point les mêmes sentiments que ceux qu'il a éprouvés beaucoup plus tôt dans sa vie» (p. 32). Sachant que Margaux est encore dans la période de l'adolescence, qu'elle souffre d'anorexie, et qu'elle émet une difficulté à prendre sa place dans sa famille et à s'exprimer auprès de ses proches, nous pouvons supposer qu'il est normal qu'elle ne s'autorise pas l'expression de ses sentiments dans cette situation nouvelle. En effet, ces facteurs perturbent l'image qu'elle a d'elle-même et nous pouvons faire l'hypothèse qu'il en résulte une difficulté à avoir confiance en elle et à s'identifier aux autres.

Après le deuxième entretien, j'ai clarifié mes intuitions, devenues des hypothèses, vis-à-vis des problèmes et des besoins de Margaux et je les ai vérifiées auprès des professionnels qui faisaient un travail thérapeutique avec elle, mais aussi auprès de la patiente elle-même. Sur le moment, je percevais cela plutôt en termes d'objectifs de soins qu'il fallait définir. Évidemment ils étaient liés à la patiente, mais je n'avais pas en tête le déroulement de tout ce processus et la précision des concepts qui permettent une précision de la pensée et du ressenti.

Par exemple, selon Peplau, «...le but de l'observation est l'identification, la clarification et la vérification des impressions relatives au jeu interactif et aux oscillations de la relation entre l'infirmière et le patient au fur et à mesure de leur apparition» (p. 254).

Il y avait plusieurs thèmes que j'entrevois tels que le besoin d'appartenance et de reconnaissance lié à ses difficultés avec sa famille, le besoin d'avoir le contrôle sur ses actions et sur les autres, le perfectionnisme, le besoin de communiquer, de s'exprimer, de s'affirmer, de reprendre confiance en elle, d'avoir une meilleure estime d'elle-même, le besoin d'affection et d'amour. Mais je savais que Margaux faisait déjà un travail personnel avec les différents membres de l'équipe, alors je me suis souvenue d'une phrase qui avait retenu mon attention : «le plaisir pour moi, c'est une perte de temps». Nous avons fait ensemble, l'hypothèse d'un besoin qu'elle aurait envie d'approfondir: celui d'explorer la notion de «plaisir» ou «ce qu'elle aime faire, qui a du sens pour elle, en dehors d'une activité de performance». Ici, nous pouvons noter le besoin de refuser le plaisir pour elle-même. L'hypothèse est qu'elle se sent plus en sécurité lorsqu'elle se coupe de la notion de plaisir et donc des relations aux autres, parce qu'elle garde le contrôle.

Lors du troisième entretien, nous étions trois, Margaux, une infirmière qui me supervisait et moi-même. Nous avons donc comme objectif d'explorer la notion de plaisir ensemble.

Margaux commence par donner l'exemple du groupe yoga du rire et nous dit les faits suivants: «Je n'arrive pas à rire aussi bien que les autres, je dois me forcer, ce n'est pas spontané». On peut observer qu'elle apporte beaucoup d'attention à ce que les autres pensent d'elle et se sous-estime par rapport à eux. Le sentiment d'infériorité fait vivre à la personne un sentiment de culpabilité et d'incompétence qui constitue un obstacle à la réalisation des objectifs. Elle continue ainsi: «le plaisir est une perte de temps pour moi, j'ai l'impression que je rate quelque chose qui ne va pas et donc l'occasion de travailler ce qui ne va pas. Quand ça va bien, je ne me sens pas normale. Je n'ai pas l'habitude. C'est plus facile pour moi de parler de ce qui ne va pas que de ce qui va bien. Sauf quand je dois exprimer ma colère, c'est très difficile, car j'ai très peur du conflit, j'ai l'impression que si je rentre dans le conflit, les autres vont moins m'aimer». Dans cet entretien, ayant peur de trop intervenir, j'ai fait l'inverse et je me suis laissé emporter par son discours en perdant le fil de ce que nous cherchions au départ. Pour finir, elle termine en disant: «Je m'interdis tous les plaisirs, dans la nourriture, dans les relations, dans tout». Nous pouvons constater que pour Margaux, le conflit réside entre le besoin de dire que ça ne va pas, d'oser exprimer ses émotions et la peur de créer une rupture dans ses liens avec son entourage. Ici, nous constatons que «simultanément à la perception de

l'objectif, une menace de punition est anticipée, ce qui inhibe toute action visant la réalisation de l'objectif» (Peplau, p.88). Exprimer son désaccord ou réaliser des petites activités de plaisir représente une menace pour elle-même.

Voyant que je ne savais pas comment conclure l'entretien, l'infirmière est intervenue en suggérant à Margaux d'essayer de se mettre comme objectif de vivre des expériences minimales de plaisir (exemple: DVD, lire, partager une discussion) d'ici le prochain entretien. Margaux n'avait pas l'air motivée par ces propositions, mais elle accepta néanmoins.

Après cet entretien, nous avons analysé certains points qui pouvaient être améliorés. L'infirmière a parlé de ma posture (physique) qui était tout à fait correcte, mais pas suffisamment semblable à celle de Margaux. En effet, il y a un sens à se positionner d'une façon plus ou moins similaire à celle du patient, facilitant l'accordage affectif (Stern 1981), l'effet miroir, souvent cité en programmation neuro-linguistique et emprunté à Satir, afin de créer une bulle qui renforce le lien entre l'infirmière et le patient. De plus, au niveau de la communication verbale, nous avons remarqué que je n'osais pas dire que j'avais besoin de plus d'explications. J'aurais pu par exemple poser la question suivante: peux-tu mieux m'expliquer, je n'ai pas bien compris? Ou alors j'aurais pu reformuler ce qu'elle avait dit, tout en lui demandant de confirmer si cela correspondait à ce qu'elle voulait dire. Quelque part, en allant plus en profondeur, nous cherchons à comprendre à la fois les similitudes entre le patient et nous, mais aussi les différences. Dans cette situation, nous pouvons faire l'hypothèse que j'eusse peut-être moi-même peur de déplaire ou d'approcher le conflit de telle sorte que je n'ai pas osé demander de précisions qui n'allaient pas dans son sens à elle. La balance entre laisser les paroles de l'autre résonner en nous, sans y interférer notre moi, afin qu'il continue l'exploration de ses sentiments et savoir quand l'interrompre pour comprendre la signification de ses pensées n'est pas un travail simple au début, mais il importe avant tout d'en prendre conscience. À ce propos, Peplau pense que

l'observation participante exige des infirmières un examen d'elles-mêmes rigoureux et une évaluation honnête de leur comportement dans l'interaction avec le patient. En observant et en analysant leur propre comportement, les infirmières deviennent plus pleinement conscientes de leurs besoins, intentions et messages qu'elles communiquent aux patients (Peplau, 1997, traduction libre, p.162).

À travers les paroles de Langer, Peplau nous dit que «l'expérience met en évidence des indices ou des signes qui retiennent notre attention; la symbolisation est le processus par lequel ces indices sont réunis, et les connexions, les transformations et la continuité des

expériences deviennent le tissu de la réalité» (Peplau, 1988, p. 284). C'est-à-dire qu'à travers l'écoute et l'intérêt que porte l'infirmière au patient elle relève aussi ce qu'il dit, dans le but d'approfondir la signification de ses pensées pour qu'il puisse en clarifier le sens pour lui-même. Autrement dit, elle met des mots sur ses maux dans l'espoir qu'il sera capable de faire le lien entre ses idées et ses sentiments et sa maladie actuelle.

Il est évident que dans cette situation, j'ai eu la sensation que d'un côté, Margaux parlait d'elle en donnant une image de quelqu'un qui se connaît et qui sait de quoi elle parle, mais de l'autre elle ne parlait pas vraiment de ce qu'elle ressentait dans l'instant ni de ses sentiments. Son discours tendait vers la perfection, comme si elle l'avait préparé. On peut voir que son attention était en réalité très orientée vers les autres, et que tout son comportement consistait à ne pas faire de faux pas, pour ne pas perdre l'amour des autres. Mais en même temps, elle s'interdit ces relations et s'enferme, tout en reportant souvent la faute sur les autres. Lors de certaines discussions informelles, lorsqu'elle parlait des autres, la faute était fréquemment reportée sur sa famille, comme si elle avait l'illusion que si les autres changeaient, tout s'arrangerait comme par magie.

Dans le dernier entretien que nous avons eu, je lui ai demandé où elle voulait aller pour parler, mais elle n'a pas su me répondre. Sachant qu'elle exprimait souvent des idées noires ces derniers jours, je lui ai proposé d'aller dehors, marcher au soleil, pour détendre un peu l'atmosphère.

J'ai essayé d'évaluer si elle avait pu mettre en pratique l'objectif qui avait été fixé, tout en sachant que cet objectif n'avait plus la même pertinence qu'au début de la relation. Elle dit avoir pu un peu expérimenter le plaisir dans le ping-pong et dans des discussions avec les patients. Mais elle dit être toujours beaucoup dans l'anticipation donc même pendant l'activité, elle rumine sur ce qui ne va pas et ce qu'elle doit faire après.

En réalité, j'aurai dû suivre mon intuition, et changer le cours de l'entretien, car cet objectif était trop élevé. Mais je me sentais anxieuse de savoir qu'elle nommait des envies de suicide auprès de certains soignants. Au fond, j'étais inquiète pour elle et je n'ai pas osé le lui dire. À ce moment, on peut supposer que je me suis mise inconsciemment dans le rôle de substitut maternel. Face à la menace de la mort, j'étais déstabilisée et je ne savais plus comment aborder les problèmes. Quelque part, je cherchais à redonner un sens à sa vie, à la reconforter, alors que l'écouter et lui donner de l'affection étaient des attitudes suffisantes dans ce moment d'impasse. Dans ce type de situation, il est recommandé que les infirmières développent une attitude d'humilité et qu'elles admettent l'expérience d'impuissance ou de vulnérabilité, car en un sens,

ouvrir son cœur et son esprit c'est être capable de tolérer la coexistence de problèmes et de sentiments contraires, sans succomber à la tentation d'éviter le malaise en mettant fin prématurément à l'expérience ou en offrant une solution immédiate des problèmes. C'est la capacité de tenir en suspens le processus de la résolution de problèmes, tout en supputant les différentes manières d'aider le malade hic et nunc, de lui être accessible et de lui exprimer cette accessibilité (Travelbee, 1978, p. 63).

Au cours de la discussion, elle me dit avoir compris qu'elle ne pouvait pas changer les autres, mais qu'elle pouvait modifier son attitude, et que cela aurait une répercussion différente. Cependant, elle dit avoir déjà essayé, mais elle ne comprend pas pourquoi cette répercussion n'est pas celle qu'elle attendait.

J'essayais de ne pas trop répondre à ses demandes sur ce que je pensais d'elle ou ce que les autres pensaient d'elle, mais plutôt de lui faire parler d'elle, de son ressenti et de valoriser ses efforts. Je concentrai mon attention sur deux points. Le premier était de maintenir le lien avec elle, et le second de la ramener à elle-même, tout en écoutant et en l'acceptant telle qu'elle est.

Cependant, à ce moment-là, j'ai senti une rigidité dans son discours et une grande difficulté à parler d'elle. Elle parlait indirectement d'elle, mais en réalité elle parlait des autres. Elle percevait les efforts qu'elle avait fait avec la nourriture, mais précisait que lorsqu'elle relâche un peu le contrôle sur la nourriture, elle le reprend dans ses relations avec ses proches. Margaux a très peur de prendre du poids, car selon elle, si son poids s'améliore alors que son état psychologique reste malade, on la mettra dehors alors même qu'elle ne sera pas prête à sortir.

En nous parlant du Moi organisateur et sélectif de l'expérience, Peplau nous dit qu'il arrive que les patients «entendent sélectivement en fonction d'expériences antérieures et de leur besoin d'éviter l'anxiété en limitant leur conscience de ce qui est dit» (Peplau, p.286). Cette résistance qu'exprime Margaux face changement garantit sa sécurité à travers une attitude passive, en attente des réactions des autres et dans le refus d'établir des liens significatifs avec autrui. Paradoxalement, on sent un besoin de reconnaissance immense. En lien avec ce fonctionnement, Peplau nous parle d'une communication irrationnelle, par opposition à une communication rationnelle. La personne qui communique de manière irrationnelle n'est pas consciente des automatismes dans ses attitudes et des relations avec les problèmes sous-jacents. C'est une manière de se sentir en sécurité, mais cela pousse la personne à vivre dans le passé et à considérer «la mort comme seul point de repère dans le futur» (Peplau, 1988, p. 289). C'est pourquoi, nous devons nous souvenir que «dans la petite enfance, les interdits et les modèles parentaux intégrés à la personnalité ont été transmis personnellement à

l'enfant; actuellement, ils sont communiqués par le moi formé d'évaluations reflétées qui, dans bien des cas, n'ont pas été réexaminées ou rejetées lorsque cela était nécessaire» (p. 290). Ainsi, notre maturité nous aidera prendre à conscience de ce qui se passe en situation et à favoriser le développement de la personnalité de la patiente.

En parlant de la phase d'exploitation, Peplau fait l'analogie avec la période de l'adolescence. Elle explique que «le plus difficile, est d'essayer de trouver un équilibre entre son besoin de rester dépendant, comme au cours de la phase aigüe de la maladie, et le besoin d'être indépendant, comme ce sera le cas après la guérison» (p. 37). Il est possible que la situation acutelle de Margaux (pose de sonde, car pas de progrès; idées noires; l'idée de changer de lieu de soin a été évoquée; mon départ proche) amplifie son ambivalence en lien avec la problématique d'attachement. Cela a aussi beaucoup amplifié son anxiété, car plus son refus de manger s'accroissait, plus elle était «menacée» de changer de lieu de soin, plus elle allait vers différents soignants pour demander ce qui allait se passer, et plus elle exprimait ses envies de mourir. À travers les propos de Sullivan, Peplau nous dit que «les tensions et la conversion de l'énergie produite par les tensions forment l'expérience. Les besoins généraux, les besoins spécifiques et l'anxiété donnent naissance à une tension qui se convertit en action ouverte ou masquée» (p. 125). Cela signifie que dans cette situation, le but de l'infirmière est de convertir la tension négative en tension positive (p. 78), en aidant le patient à transformer son anxiété en actions productives pour lui-même. J'avais conscience que l'anxiété de Margaux était croissante, mais je ne pouvais pas identifier ce qui faisait obstacle à la réalisation de ses besoins, car la patiente s'exprimait peu sur elle-même. Ne pouvant s'exprimer et atteindre la conscience de la patiente, la tension de cette énergie s'est accumulée, et s'est transformée en agressivité qu'elle a agi contre elle-même; ce qui a poussé la patiente à commettre des actes autodestructeurs et m'a amené à intervenir en situation d'urgence, pour la protéger à la suite d'une tentative de suicide. Le contexte de mon stage et le cadre du rythme d'école ont amené à ce que cette période de séparation ait été perturbée, alors que j'avais l'intention d'aborder la séparation avec la patiente. Peu après cet événement, il m'était difficile de lui dire au revoir, et notre relation s'est interrompue au milieu de ces événements.

À mon retour, j'avais l'intention de terminer la relation à Margaux dans un entretien, cependant j'ai eu à vivre une situation de grande frustration, alors que l'équipe m'informait que pendant ma semaine de vacances, Margaux avait été hospitalisée dans un service pour adolescents, suite à deux autres tentatives de suicide. Même si j'étais soulagée que Margaux soit soignée dans un lieu approprié, je vivais avec la frustration de n'avoir pas pu terminer la

relation à Margaux avec l'espoir qu'elle puisse en faire quelque chose de positif. Cette relation montre la difficulté que cela peut être d'aborder le processus de séparation du point de vue soignant. Nous voyons ainsi que nous n'avons pas pu passer par la phase de résolution de problèmes après quoi le patient se sent prêt à rentrer chez lui et à essayer de vivre des relations enrichissantes, ses besoins de dépendances étant généralement satisfaits. Cependant il est intéressant de prendre connaissance de comment Peplau perçoit ce processus de libération qui selon elle, peut avoir lieu si les étapes de maternages psychologiques suivantes ont été respectées:

Accepter le patient sans condition dans une relation soutenue qui satisfait complètement ses besoins.

Reconnaître des signes de maturation du patient, si minimes soient-ils, et y répondre quels que soient le moment et la forme de leur expression.

Abandonner progressivement son pouvoir au patient en fonction de sa capacité de différer l'assouvissement de ses désirs et d'employer ses efforts à la réalisation de nouveaux objectifs (p. 40).

Enfin, cette citation de Brown vaut la peine d'être employée comme conclusion de cette étude de cas.

Owning our story can be hard, but not nearly as difficult as spending our lives running from it. Embracing our vulnerabilities is risky but not nearly as dangerous as giving up on love and belonging and joy- the experiences that make us the most vulnerable. Only when we are brave enough to explore the darkness will we discover the infinite power of our light.

Brené Brown, The Gifts of Imperfection

4.2.1 Recherche

Santopinto (1989) étudie la question suivante: «Qu'est-ce que l'expérience de vivre un besoin implacable d'être toujours plus mince?» (traduction libre, p.29).

À travers la méthode phénoménologique de Giorgi (1985) et en utilisant les recherches de Boss (1963) et Binswanger (1958), il nous offre sa compréhension du sens de l'expérience que deux femmes anorexiques vivent. Les résultats de cette recherche qualitative sont consistants avec la perspective de l'humaindevenant (Parse, 1997-2011) et son ontologie. Dans cet article, Santopinto aborde plusieurs auteurs qui décrivent le Moi de la personne comme réduit à un unique aspect d'être en relation avec le monde et éprouvant de la difficulté à se développer. En effet, Boss décrit l'expérience de vivre le besoin implacable d'être toujours plus mince, comme fondée sur le besoin d'être avec les autres, et il considère le Moi comme

ne pouvant être distingué ontologiquement des autres individus. Binswanger lui, considère ce besoin implacable comme une manière unique d'être au monde, et le Moi comme coupé du monde des relations sociales.

Les deux auteurs perçoivent ce besoin acharné comme une manière incomplète d'être avec le monde, avec comme caractéristique une perte de liberté (de choix) et une inauthenticité de base de l'individu. Enfin, Boss décrit ce besoin implacable comme «une descente dans le tombeau-monde du Moi comme étant gros».

À travers ces points de vue, nous pouvons voir que la personne qui souffre d'anorexie vit une lutte pour être en relation avec les autres, et paradoxalement, cette lutte l'enferme dans un isolement social. Mais si la personne ressent une perte de liberté, elle possède encore la capacité de prendre des décisions, et c'est là que nous avons un rôle, afin d'aider la personne à retrouver sa capacité à faire des choix.

Si l'on accepte l'idée de s'éloigner momentanément du concept de la maladie et du diagnostic, nous pouvons regarder les choses autrement, dans le but de nous rapprocher de l'expérience que vit la personne. En effet, depuis cette perspective, «le besoin implacable n'est ni une maladie, ni une adaptation à des événements stressants, mais plutôt un noyau de choix personnels développés, situés dans son propre monde». C'est-à-dire que si tout comme Peplau, nous admettons que tout comportement à un sens, alors il s'agit de préserver la capacité de choisir, à l'intérieur même du problème, et ainsi de reconnaître le sens de cette expérience pour la personne. Car c'est en permettant (dans le sens d'avoir conscience de) à la personne de faire des choix, qu'elle trouvera la capacité de résoudre ses difficultés. C'est ainsi que nous pouvons respecter la personne, ce qu'elle est, avec ses choix.

D'après la synthèse, au niveau de la description structurale de Santopinto, vivre le besoin implacable d'être toujours plus mince est une lutte persistante en direction d'un soi imagé tout en se retirant et en s'engageant (Doucet & Bournes, 2007, traduction libre, p.26).

Ici, Santopinto nous dit que la personne lutte pour affirmer qui elle est et qui elle n'est pas, en choisissant librement les opportunités et les limites qui confirment le sens de ses expériences de moment en moment. Pourrait-on dire alors que c'est grâce à cette lutte avec «être et non-être», avec être maigre et surtout ne pas être grosse, avec être connectée tout en étant séparée, que la personne qui vit le besoin implacable d'être toujours plus mince vit son pouvoir de choisir qui elle veut être et qui elle ne veut pas être en situation? Et c'est au cœur de cette lutte qu'il y aurait un potentiel de changement.

Cette description est similaire à celle de Tustin (1986) dans son livre *les états autistiques chez l'enfant*, dans lequel elle consacre un chapitre à l'anorexie. C'est là qu'elle exprime les difficultés vécues par une jeune fille adolescente à vivre leur relation. Dans un passage, elle raconte une séance, dans laquelle la jeune fille lui demande de partir plus tôt ce jour (vendredi) pour aller à un cours de danse, et la séance d'après, par un concours de circonstances, Tustin doit supprimer les séances du vendredi. Tustin la laisse partir plus tôt, mais elles se croisent dans le bus, et malheureusement, Tustin est accompagnée d'une amie. D'après Tustin, la patiente s'est sentie rejetée par elle, car elle l'a laissée partir plus tôt ce vendredi-là, mais aussi parce qu'elle vivait une relation avec quelqu'un d'autre. C'est-à-dire que l'idée que Tustin puisse vivre autre chose que ce qu'elle partageait avec elle lui était insupportable. Intolérable, au point de vouloir tout détruire tellement cela est insupportable de se vivre distinct. Dans cette situation, cela signifierait, accepter de se comparer à l'autre, accepter l'envie que cela provoquerait en nous, et accepter notre dépendance à l'autre, et la peur que cela engendrerait.

Quant à la perspective décrite plus haut au sujet de ce que vit la personne comme expérience et de notre perception en tant que personne externe, la théorie de Travelbee s'accorde parfaitement avec cette idée. Lorsqu'elle nous parle d'empathie, elle nous dit que «l'infirmière commence à voir l'individu au-delà du comportement extérieur et ressent avec précision l'expérience interne de l'autre à un moment dans le temps» (Travelbee, 1971, p. 136). C'est aussi cette empathie qui permettrait le développement de la confiance dans la relation et qui diminuerait ainsi le sentiment de désespoir.

Puis, elle définit une deuxième forme d'observation appelée *liens empathiques*, comme la capacité de sentir en soi-même les émotions vécues par une autre personne dans la même situation. Dans sa pensée, nous voyons le double travail que fait l'infirmière dans l'interaction, à la fois d'être centrée sur son ressenti, de se connaître suffisamment pour faire la différence entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à l'autre personne, mais aussi avoir l'ouverture d'esprit et l'engagement nécessaire pour pouvoir se mettre à la place de l'autre, sans se perdre elle-même.

De plus, en parlant de la *working phase*, elle met l'accent sur l'importance de se concentrer sur les réactions des patients à la maladie et précise que le travail doit être fait par les patients pour le développement de leur compréhension d'eux-mêmes, et pour l'apprentissage de ce que leur condition actuelle de santé exige d'eux-mêmes.

Comme Peplau le relève,

le self-système est très résistant au changement; il fonctionne pour éviter l'anxiété en acceptant les évaluations à l'intérieur même du système existant, qui sont compatibles avec les perceptions déjà incorporées. C'est pourquoi, les déclarations de l'infirmière en lien avec le self-views, devraient porter sur le processus, plutôt que sur le contenu du self-system (Peplau, 1990, cité par Reynolds, 1997, traduction libre, p. 169).

À travers la relation, l'infirmière tente d'établir une connexion, un lien de confiance. Elle utilise ses connaissances et ses sentiments pour créer ce lien et elle essaye finalement d'accomplir l'essence même de la relation, c'est-à-dire de «surmonter la séparation» (p.166).

4.3 Pensée réflexive études de cas

La solitude, le manque d'amour, d'affection et d'attention sont des conséquences qui sont violentes et qui participent au processus de déshumanisation. C'est nier la personne dans sa singularité et dans ses besoins primaires.

Pourquoi avons-nous si peur d'être liés aux autres, d'être connectés? Qu'est ce que l'on cache? Est-ce que l'on pense secrètement qu'être vulnérable c'est être faible?

Si nous devons définir ce qu'est la vulnérabilité, ce serait: pleurer; aimer sans être aimé en retour; être dépendant de quelqu'un; avoir peur de perdre les gens qu'on aime; ne pas se sentir suffisamment bon, souffrir, être malade, etc. Ce que nous décrivons finalement est commun à chaque être humain. Et c'est simplement le propre de l'être humain mortel, qui vit dans un monde incertain, impermanent, et qui est animé de passions, qui vit des moments de courage et de désespoir.

Cependant nous ne pensons pas que la vulnérabilité soit une faiblesse. Au contraire, comme le dit Brown: «vulnerability is our most accurate measurement of courage». Dans cette relation, si Margaux demandait de l'aide de diverse manière, elle vivait une grande résistance concernant l'expression de son ressenti, de ses difficultés propres, de ses besoins. Il lui était très difficile de lâcher prise sur le contrôle d'elle-même et des autres, et de se vivre imparfaite. Lorsque l'on ose s'exposer et montrer notre vulnérabilité, nous prenons un risque, car nous parlons de nos difficultés, de notre honte, de nos peurs, mais nous nous relient aussi aux autres, car à travers notre authenticité, nous nous parlons d'humain à humain. C'est-à-dire que le message implicite est: regarde! Moi aussi j'essaye, moi aussi j'échoue, moi aussi j'ai honte de tel comportement, moi aussi j'ai peur, moi aussi je suis seul, moi aussi j'ai besoin d'amour, moi aussi je suis imparfait, en réalité moi aussi je suis humain, à la fois unique et semblable à toi.

Nous avons parfois l'impression que nous créons une sorte de fantasme qui nous fait penser que si nous disons les choses qui nous inquiètent, qui nous font mal, qui sont un problème, nous allons être envahis par celles-ci. Or, il est à supposer que c'est probablement l'effet inverse qui se produit. Plus nous parlons de ce qui nous touche, plus nous serons au clair avec nous-mêmes et nos problèmes s'évacueront petit à petit. Comme le dit Lacan: «L'analyse est une pratique de langage». Mais à travers cette expérience avec Margaux, nous pouvons constater les difficultés qu'elle avait à mettre des mots sur ses maux. Elle exprimait une révolte envers tout le monde, elle voulait de l'aide, mais elle n'était peut-être pas encore prête à nous faire confiance, pour avancer ensemble vers une amélioration de son état de santé. Le langage est ce qui nous tient les uns avec les autres, il nous relie, il nous permet d'échanger et de vivre de véritables petits moments d'intégrité, de compassion, de rationalité et d'amour.

Comme nous l'avons dit précédemment, soigner exige une certaine authenticité dans la rencontre avec l'autre. C'est pourquoi il est important de définir ce que cette qualité représente dans ce contexte. L'authenticité, c'est peut-être d'oser prendre le temps de vraiment regarder ce que l'on ressent. Puis, de faire avec ce tout, pour agir en cohérence avec nos sentiments et nos pensées. Si l'on va plus loin dans la réflexion, cela signifie que nous sommes disposés à prendre conscience des émotions que l'on ressent, à les accepter, et même à les utiliser. Cela paraît simple par écrit, mais certains d'entre nous, ou peut-être nous-mêmes, avons parfois grandit en mettant de côté les choses que l'on ne pouvait ou ne voulait pas voir.

Si nous nous mettons d'accord sur le fait que la seule constante dans ce monde est l'impermanence, alors l'être humain et un être en perpétuel changement, qui doit s'adapter aux situations qui l'entourent pour rester en cohérence avec lui-même. S'adapter signifie accepter le changement.

Or, se transformer intérieurement c'est s'exposer à des risques, c'est aller vers l'inconnu, c'est rencontrer nos angoisses, c'est reconnaître nos erreurs, se montrer humble, c'est oser regarder nos plus grandes difficultés dans les yeux, notre désespoir ou encore notre impuissance face à certaines situations. En résumé, c'est être courageux, voire même très courageux. Mais notre esprit et notre corps ne sont pas habitués à fonctionner en pilotage manuel, ils préfèrent voyager en pilotage automatique. C'est plus confortable, «on fait comme d'habitude, pas de problème!». Mais ces habitudes peuvent être une jolie façade que l'on s'est construit et qui fonctionne parfaitement, jusqu'au jour où elles présentent plus d'inconvénients que d'avantages. Ce jour-là on est peut-être prêt au changement, mais encore faut-il bien vouloir accepter les conséquences de ce changement. Cela peut en effet faire très peur, car souvent nos mécanismes de défense sont des remparts à des peurs profondes telles

que la peur de l'abandon, ou la peur de ne pas être aimé. C'est pourquoi, cela peut nous déstabiliser d'accueillir cette nouvelle émotion ou attitude, mais c'est aussi réconfortant de réaliser que l'on gagne en authenticité envers nous-mêmes.

L'authenticité pourrait alors être l'ingrédient essentiel à la relation d'aide, et même à toute relation, puisque c'est elle qui nous permet de voir ce que l'on ressent, et ainsi de nous sentir distincts des autres, et de leurs émotions. Alors, le soignant lui-même est rassurant, car non seulement il inspire confiance, car il essaye d'être lui-même ce qu'il souhaiterait voir chez le patient, mais en plus il accepte ce que le patient lui montre de lui-même, c'est à dire qu'il accepte profondément les vulnérabilités du patient.

Malheureusement, nous sommes nombreux à devoir réapprendre à vivre nos émotions et nos pensées, car enfant, nous avons souvent été habitués à les rationaliser. Nous avons pour principe d'agir en fonction de ce qui est bien ou pas bien: «ne fais pas ça c'est mal!» «Arrête de pleurer, tu es un garçon!», etc. C'est pourquoi, nous devons apprendre à nous réapproprier nos sentiments, afin de pouvoir les distinguer de nos pensées et des celles des autres.

Pour le soignant, savoir distinguer ses émotions de celles de l'autre, le patient, est un travail qui semble incontournable pour pouvoir continuer à aider l'autre, et cela sans s'épuiser, sans se mentir sur nos propres forces et faiblesses. C'est peut-être ce qui nous permettrait de nous laisser aller dans la compréhension de l'autre, sans avoir peur de se perdre soi-même. Il s'agit un travail de tous les jours et probablement de toute une vie, mais voilà déjà un grand pas en avant que d'en avoir conscience. Comme évoqué dans la citation de Brown (2010), c'est lorsque nous aurons le courage de voir la partie d'ombre qu'il y a en nous, que nous découvrirons le pouvoir de la lumière. Comme si ces deux éléments étaient intrinsèquement liés. Autrement dit, nous sommes des humains imparfaits, mais parfaitement capables d'en prendre conscience, et c'est même ce qui nous aiderait à voir notre beauté.

Ce n'est pas une mission facile pour une femme qui souffre de troubles du comportement alimentaires, maladie souvent caractérisée par un besoin de contrôle absolu, de perfection.

Brown nous parle du perfectionnisme de la manière suivante: "Perfectionism is a self destructive and addictive belief system that fuels this primary thought: If I look perfect, and do everything perfectly, I can avoid or minimize the painful feelings of shame, judgment, and blame".

En effet, nous savons que l'une des fonctions de l'addiction est l'anesthésie des sentiments. Le comportement additif occupe l'espace, soulage l'ennui et la souffrance, en répondant rapidement et efficacement aux émotions négatives. Brown relie le sentiment de honte directement à la valeur que l'on attribue à notre Moi, contrairement à la culpabilité qui est plus liée à notre comportement. La honte, c'est le sentiment qui nous fait penser que l'on

ne sera jamais assez bon, jamais assez bien. La perfection est destructrice, dans le sens où elle est inatteignable, ce qui alimente le sentiment de honte, car la personne se sent de plus en plus incapable d'atteindre ses buts. Ces deux caractéristiques associées diminuent fortement l'estime de la personne, en l'entraînant dans un cercle vicieux qui la paralyse et l'enferme.

Certaines attitudes comme le silence (dans le sens d'empêcher l'expression des sentiments) et le jugement sont des réponses fréquentes face à la maladie, car celle-ci nous renvoie à nos propres hontes, à nos craintes et nos non-dits. À l'inverse, les études montrent qu'un comportement empathique et une écoute chaleureuse sont des antidotes à ce sentiment de honte, qui serait à la source de certains comportements figés, ou de maladies mentales.

C'est pourquoi, nous pensons que la possibilité d'exprimer et de montrer nos hontes cachées, nos vulnérabilités et de les voir acceptées telles qu'elles sont, est un facteur qui favorise le développement de la personne dans une relation thérapeutique.

Nous vivons dans un monde dans lequel les êtres sont habitués à communiquer de manière virtuelle. Les outils ne manquent pas: Facebook, Skype, MSN, mails, Twitter, téléphones portables, WhatsApp, webcam, etc. Nous passons aussi beaucoup de temps avec des personnages virtuels que l'on trouve dans les séries télévisées, les films, les jeux vidéo, etc. Si ce mode de vie offre comme avantage de pouvoir communiquer plus vite, de pouvoir rêver un peu à travers d'autres vies, d'autres personnes toujours disponibles, il n'en est pas moins un danger pour notre équilibre mental, s'il n'est pas bien dosé. Le déséquilibre commence lorsque nous nous nourrissons plus de cette nourriture virtuelle que de la nourriture émotionnelle réelle qui résulte de nos liens sociaux.

Nous pouvons faire la comparaison avec les dépendances (alcool, drogues, comportements) qui sont la solution première dès qu'il faut soulager un état de stress ou de tristesse, et ceci, au détriment de nos relations affectives. En effet, la drogue est quasiment toujours accessible et elle provoque un plaisir ou un soulagement momentané, mais certain.

La dépendance devient la priorité, aux dépens du travail, des amis, de la famille et de la santé. Ces personnes peuvent alors avoir des difficultés à communiquer et à établir des relations interpersonnelles significatives.

C'est pourquoi, nous voyons la communication comme le noyau central pour aider le patient à retrouver des relations interpersonnelles satisfaisantes. En effet, la différence entre la vie privée et les soins, s'exprime dans le fait que dans les soins le patient s'engage à interagir avec un soignant et inversement. Ce qui signifie qu'il entre dans une relation (il n'est plus seul) qui a pour fonction de lui redonner confiance, et de redonner un sens aux relations humaines et si possibles, à la maladie. Ainsi, le soignant agit dans le moment présent, en

essayant de suivre son bon sens, afin de savoir quand il est bon de parler ou de se taire, mais aussi ce qu'il faut dire et comment le dire.

La relation d'aide est un processus d'ordre expérientiel (conscients de ce qui se passe), une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le malade; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique (Travelbee, 1978, p. 62).

Le fait que ces personnes s'isolent et prennent pour habitude de n'avoir recours qu'à leurs seules ressources intérieures, influence fortement leur caractère et peuvent les conduire à avoir des comportements rigides ou stéréotypés. Le manque de communication a donc des effets sur la personnalité, la sensibilité, ainsi que sur l'aptitude à vivre en société. Mais, puisque la perception qu'à une personne d'elle-même et des autres tient du comportement acquis, nous avons un rôle essentiel à jouer lorsqu'il s'agit de désapprendre un comportement pour en adopter un autre. Cela peut se faire au sein de l'interaction avec le patient.

C'est pourquoi, en tant que soignants, nous devons faire preuve de vigilance et d'humilité afin de pouvoir aider au mieux le patient à cibler ses problèmes, à les accepter et à trouver de nouveaux modes de comportement.

En effet, comme le souligne Travelbee:

Si les infirmières ne peuvent pas voir leur propre comportement, et de quelle manière il affecte les autres, on peut alors douter de leur capacité d'aider les individus dont les problèmes proviennent précisément de l'inaptitude à communiquer et à établir des relations significatives avec les autres (p.53).

C'est ainsi que les infirmières doivent avoir conscience de ce que leurs propres représentations d'une situation peuvent signifier comme opportunité d'entrer en relation. Mais cette perception propre doit avant tout leur servir à discerner de manière claire la perception du patient, afin de le guider vers un mode d'action adéquat. En d'autres termes, le ressenti des infirmières doit leur servir à se laisser guider intuitivement, mais sans pour autant mettre de côté le ressenti du patient.

Effectivement, King (1971) le décrit en ces termes:

Les effets de la propre perception (de l'infirmière) influencent la communication et les relations interpersonnelles avec d'autres personnes. Les infirmières sont préoccupées par leurs propres actions et celles des autres. Les éléments de base concernant l'action conduisent à savoir ce qu'une personne peut faire, ce qu'elle essaie de faire, et ce qu'elle entend faire au sujet de son problème de santé. Ce qui est perçu par les individus peut

être jugé par eux comme favorable ou défavorable. Les infirmières influencent la perception du patient, la communication et les relations, et le motivent soit à agir, soit à l'en empêcher (traduction libre, pp. 102-103).

Difficultés pouvant exister dans l'interaction

Au paravant, les infirmières avaient des lignes de conduite sous forme de directives (croyances militaires ou religieuses) et cela fut transmis au fil du temps, pour finalement se transformer en sortes de vérités éternelles. La directive de ne pas s'engager affectivement auprès du malade est un des meilleurs exemples.

En effet, nous pensons que la distance thérapeutique, comme il est d'usage de la nommée, si elle est imposée comme une règle ou comme un conseil à une stagiaire par exemple, n'est plus quelque chose de souple et de naturel. La stagiaire peut prendre peur et adopter un comportement distant, car au fond, elle ne connaît pas les risques qu'elle prend en ne suivant pas cette consigne. Par souci de bien faire ainsi que pour être acceptée dans l'équipe, elle risque de stopper, ou freiner la relation qu'elle entretient avec le patient. Or la distance thérapeutique est quelque chose de nécessaire certes, mais qui s'apprend avec l'expérience, avec l'apprentissage de nos propres limites. Nous pensons que la distance thérapeutique peut, si elle se fait de manière automatique, avoir comme conséquence une relation superficielle entre le soignant et le patient, et cela peut avoir des conséquences négatives sur ce dernier, car celle-ci est dénuée de gestes ou de paroles d'affection, de douceur, d'authenticité, qui sont des actes qui soutiennent le sentiment de confiance et qui amenuisent le sentiment de solitude que peut ressentir le patient. Visiblement, cette directive de non-engagement est pour certaines infirmières une solution pour ne pas être trop affectées. Elles pratiquent alors le détachement, en s'éloignant de la source de leur anxiété qu'est le patient, afin de mieux se protéger.

En réalité, nous pensons que cette distance thérapeutique est un fantasme qui va à l'encontre de la croissance de l'infirmière et qui est aussi totalement antithérapeutique, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie, où la relation est au centre du soin. S'engager personnellement consiste à :

D'une part, se reconnaître et s'accepter soi-même comme un être distinct et, simultanément, percevoir aussi les autres comme des êtres distincts; et, d'autre part, exprimer ses sentiments ou en contrôler l'expression au cours de l'interaction avec le malade, au moment opportun (p. 38).

Cela requiert chez l'infirmière «des connaissances, une capacité d'insight, de l'autodiscipline, de l'ouverture d'esprit et une liberté suffisante pour se manifester au malade telle qu'elle est»

(p. 38). L'objectif étant de pouvoir offrir au patient un véritable soutien pour répondre à ses besoins, sans toutefois le rendre dépendant de cette sollicitude.

D'après Travelbee, nos sentiments influencent notre perception, nos pensées, nos paroles ainsi que nos actions. C'est pourquoi, l'interprétation de notre propre comportement ne peut être que subjective, car nous vivons avec nos émotions. Pour confirmer son point de vue, Travelbee nous dit qu' «une objectivité totale est impossible. Cependant, ce qui est possible, c'est d'atteindre un certain degré d'objectivité dans les interactions avec le malade» (p. 42). L'objectivité, au sens d'une personne neutre, distante ou indifférente, est un obstacle à une relation significative, car elle est vide de spontanéité, de naturel, de chaleur, d'interaction et donc de relation. Prendre conscience de notre subjectivité au quotidien est déjà une grande étape dans l'apprentissage de notre posture soignante.

La compréhension d'une situation permet non pas de tout accepter, mais d'avoir une réaction rationnelle face à un comportement plutôt anormal pour le soignant, c'est à dire en portant un regard sur la globalité de la personne sans jugement de valeur. Cependant, l'infirmière peut toujours ressentir de l'antipathie, de la colère ou de la peur face à la personne malade. Dans ce cas, c'est à elle d'essayer de reconnaître ses sentiments et d'agir pour en faire quelque chose de constructif. Auquel cas elle ne serait pas intègre et son comportement pourrait tendre vers de la maltraitance. Lorsque l'on admet que l'on est humain et que l'on réagit comme un humain, cela permet une évolution positive et constructive de la situation. En effet, nous ne sommes pas neutres dans les soins ou ailleurs, et il s'agit alors d'identifier nos propres émotions et de voir quelle est la part qui nous appartient et sur laquelle nous pouvons agir. Plutôt que de se donner pour objectif l'absence de jugement, ce qui est une attitude irréaliste, nous pouvons essayer de limiter nos jugements moraux et prendre conscience de ceux que nous ressentons.

Nous savons que chaque individu change continuellement. Cependant, «on a tendance à n'observer que ce à quoi on est habitué et à ne pas enregistrer des perceptions qui s'en écartent légèrement» (p. 26). Cette tendance à négliger ce qui est familier et perçu comme acquis est un piège dans la relation. Il s'agit dans un premier temps de prendre conscience de ce piège et dans un deuxième temps d'essayer d'entretenir une curiosité pour l'autre, en ayant un regard neuf sur lui. Pour cela, l'effort à faire est dans la transformation de notre perception afin de rester ouvert à de nouvelles réactions en tant qu'observateur impliqué et non pas étranger à ce qu'il observe, à ce qu'il vit.

La réification peut aussi constituer un obstacle à la relation, car la focalisation des soignants sur le corps en tant qu'objet est un facteur de négligence qui peut nier la liberté de la personne ainsi que la personne elle-même. En omettant de porter notre attention sur le patient en tant que sujet, nous ne pouvons aller à la rencontre de sa personne, ni le soutenir dans sa souffrance psychique.

Nous pourrions voir cela sous l'angle de la présence vraie. Par exemple, lorsque l'on pose la question «comment ça va?» de manière sincère et authentique, cela signifie que l'on prend le risque de prendre sur nous les souffrances de l'autre, lui communiquant ainsi notre intérêt. C'est entrer dans l'existence de l'autre, pour rendre ou donner un sens à nos actes.

L'anxiété peut avoir plusieurs causes: la peur d'être rejeté ou humilié, la peur de dire quelque chose de faux, la peur de blesser l'autre, la peur de montrer son incompetence, la peur d'être attaqué verbalement ou physiquement. En général, ressentir un peu de stress est souvent un moteur pour la plupart d'entre nous. Cependant, trop de stress peut nous empêcher de nous focaliser sur les données à observer. Cela peut aussi nous empêcher de leur trouver un sens, car nous n'avons pas la tranquillité nécessaire à leur compréhension. Le patient aussi peut avoir de la difficulté à communiquer s'il est trop anxieux. Dans cette situation, nous pouvons faire l'hypothèse que l'une des causes de l'anxiété pourrait être la peur de l'intimité, ou la peur de l'inconnu, mais il peut y avoir une multitude d'autres raisons. La peur de l'intimité avec l'autre peut aussi être un obstacle à la rencontre et les soignants qui ont une tendance à éviter l'intimité sont en général plus vulnérables à l'anxiété. L'infirmière peut aussi avoir des difficultés à supporter l'anxiété du malade lorsque celle-ci augmente fortement. Elle n'arrive peut-être pas bien à gérer sa propre anxiété, donc lorsque celle du malade est trop forte, elle décide de mettre fin à la relation.

Il est essentiel que l'infirmière comprenne la perception qu'elle a du patient ainsi que la perception que le patient a d'elle pour pouvoir aller plus loin dans la relation, sans quoi elle aura un comportement rigide et stéréotypé qui ne sera d'aucun bénéfice pour le patient.

Plusieurs facteurs peuvent influencer notre perception tels que l'âge, la classe sociale, la position, le rôle, l'anxiété. L'infirmière peut percevoir le malade à travers un préjugé ou alors en le mettant dans une catégorie en le voyant uniquement à travers le diagnostic. Effectivement, les différences sociales, l'âge, ou la position peuvent engendrer des difficultés dans la communication, mais avoir conscience de l'effet de ces facteurs sur notre perception du malade va plutôt améliorer notre capacité à aider le malade.

Un des obstacles majeurs à la prise de conscience de ces facteurs sur notre perception du patient est développé par King (1971), au travers de son concept de système social. Effectivement, l'exploration de ce système social démontre que le rôle, le statut, l'âge et la classe sociale influencent les individus et les systèmes de valeur, de culture et de comportement (traduction libre, p.63).

Les infirmières... ont leurs fonctions déléguées par leur rôle et leur statut, ce qui peut les empêcher d'utiliser leurs connaissances sur le comportement humain et les soins infirmiers. Les objectifs de l'infirmière pour les soins aux personnes peuvent être en conflit avec les objectifs du système de soins de santé. Les jugements indépendants des infirmières et infirmiers jouent un rôle majeur dans la réalisation des objectifs de soins infirmiers. Un concept de système social est fondamental pour comprendre les relations entre les individus, les groupes et la société, et l'influence sur la vie et l'état de santé de l'homme. En conclusion, ce sont les infirmières qui tissent des compétences humaines, des équipements techniques et la structure administrative dans une approche unifiée pour la prestation des soins infirmiers et de la santé au sein des systèmes sociaux (traduction libre, p. 63).

Nous pouvons par conséquent en conclure qu'il subsiste une certaine influence des institutions au sein desquelles les infirmières exercent leur profession et qu'il devient de ce fait nécessaire de raisonner et de mener sa pratique en regard de la science infirmière. Car c'est au travers d'elle que nous sommes à même de mettre à profit nos connaissances et notre propre capacité d'action dans les prises en soins, en ayant la possibilité de prendre du recul et d'exercer une observation et une interaction critique et constructive, susceptibles de se démarquer des lignes de conduite indirectement ou directement imposées par les établissements de soins.

Tout comme les patients, l'infirmière essaye de résoudre ses problèmes avec les moyens lui donnant le plus de sécurité émotionnelle. Lorsque l'un des deux voit dans l'autre une personne qui ne lui est pas indifférente, c'est à dire qui lui rappelle quelqu'un, ce qui provoque une émotion positive ou négative, il peut reporter sur l'autre des sentiments liés à cette personne du passé ou du présent. C'est la raison pour laquelle une infirmière peut ne pas avoir résolu tous ses problèmes, et cela peut devenir un obstacle au sein de la relation d'aide. Parfois, certaines infirmières cherchent à éviter l'intimité dans la relation à l'autre. C'est évidemment une barrière à la relation d'aide puisque l'intimité est un ingrédient nécessaire à la connaissance de l'autre et donc à la possibilité de l'aider.

Il arrive que l'infirmière cherche à satisfaire ses propres besoins aux dépens de ceux du malade en cherchant des compliments ou des attentions de la part de celui-ci.

Il est possible que certaines infirmières n'arrivent pas à identifier ce qui leur pose problème dans la relation, car les défenses qu'elles construisent ne sont pas toujours conscientes. L'aide d'un superviseur peut les aider à identifier leurs problèmes et à modifier leur comportement. Si les causes sont trop profondes, il vaut mieux qu'elle cherche à faire une psychothérapie pour comprendre les raisons de leurs attitudes.

Quelques valeurs, selon la perspective infirmière et psychologique

Souvent, la somme des mouvements est telle que je suis obligée, pour des raisons que j'ignore, de la réduire et de ne laisser que ce qui est authentique. Pina Bausch

Au sein de la perspective infirmière nous allons nous appuyer sur le travail de Peplau et Travelbee, et concernant la psychologie, nous nous aiderons de Carl Rogers (1961).

Nous souhaitons aborder ce thème en précisant que la relation entre l'infirmière et le patient est un lien d'égalité, ou de personne à personne dans laquelle l'infirmière ne s'efface pas derrière le patient, dans le sens qu'elle ne réprime pas ses sentiments, mais qu'elle ne s'impose pas non plus.

Nous avons fait l'hypothèse que certaines attitudes exercées dans la relation étaient à la base d'une relation de confiance et de sécurité allant dans le sens de la croissance pour la personne soignée et pour l'infirmière. Car si les conditions des relations interpersonnelles s'améliorent, la volonté du patient de découvrir et d'affronter ses problèmes s'améliore aussi, le besoin de refouler ou de déformer son expérience étant moins puissant. D'une part, ces conditions aident l'infirmière à connaître le patient, à travers une rencontre, d'autre part, elles favorisent l'expression réelle des sentiments à l'égard des difficultés présentes pour le patient.

C'est pourquoi nous souhaitons approfondir ces attitudes afin d'éclaircir le sens de celles-ci, ainsi que leurs effets dans la relation. Il est important d'ajouter que nous pensons que si ces conditions sont aidantes, elles dépendent en grande partie de la manière dont elles sont perçues par le patient.

Nous pensons que l'humain est un être d'émotions et qu'il a besoin de relations pour se construire. La communication est le centre de la relation d'aide et tout au long de la rencontre, le soignant essaye de distinguer ce qui est aidant dans l'interaction avec le patient de ce qui est blessant, handicapant, nocif.

Ce que nous allons aborder n'est pas à voir comme une vérité, mais plutôt comme des ressources pour le soignant, susceptible d'aider le patient à vivre une relation qui lui paraît

satisfaisante, tout en ne négligeant pas son propre style, et la spontanéité qui en découle. Cette spontanéité naturelle est précisément ce qui nous intéresse ici, car il s'agit d'essayer d'être au plus près de ce que nous sommes réellement dans la relation avec l'autre.

Pour Rogers, la personne sera plus souple face au changement «lorsque le psychothérapeute est ce qu'il est, lorsque ses rapports avec son client sont authentiques, sans masque ni façade, exprimant ouvertement les sentiments et attitudes qui l'envahissent de l'intérieur à ce moment-là» (Rogers, 1961, p. 45).

De là découle le concept de congruence et de transparence, car cette authenticité ne veut pas dire que le soignant soit dans l'obligation de ne rien cacher au patient et de tout lui dire, mais il se doit par contre de ne rien se cacher à lui-même, et c'est ce que Rogers appelle «la congruence» (p.45), qui en quelque sorte est l'authenticité intérieure. Par ailleurs, le soignant a pour tâche de faire part de ses sentiments au patient si ceux-ci persistent. Par exemple, s'il sent un malaise dans la relation depuis plusieurs entretiens, même s'il n'identifie pas exactement l'origine de ce sentiment, il se doit de le transmettre au patient, pour débloquer la situation. Cette démarche serait appelée «la transparence» (p.223) ou l'authenticité extérieure. De plus, ces concepts ou valeurs ne sont pas inutiles dans les relations avec l'équipe interprofessionnelle puisque «lorsque l'éducation professionnelle exige des attitudes conventionnelles et ne permet pas l'expression et l'examen des sentiments authentiques sous-jacents, les relations de collaboration sont difficiles à établir» (Peplau, 1988, p. 58).

La congruence

Pour décrire ce terme, Rogers nous dit: «J'ai utilisé le terme de congruence pour désigner l'affrontement précis de l'expérience vécue en pleine lucidité» (Rogers, 1961, p. 191). Ainsi, le ressenti ou l'expérience, la conscience et la communication doivent être en cohérence. Il peut y avoir une incohérence à deux endroits, entre l'expérience et la conscience ou entre la conscience et la communication. C'est au niveau qui se situe entre la conscience et la communication que nous avons la possibilité de faire un choix. Puisque notre réaction ne dépend pas de notre besoin de défense, nous pouvons choisir si notre communication est congruente ou non avec la conscience que nous avons de notre expérience, et ainsi choisir de l'orientation que prendra la relation.

Le soignant essaye cependant de faire attention à ne pas trop influencer le patient dans ce qu'il voudrait qu'il soit. Nous pouvons par exemple nous poser les questions suivantes: suis-je suffisamment stable pour aider une personne dépressive, sans être entièrement anéanti

par sa tristesse? Suis-je assez fort pour soutenir une personne anorexique, sans être envahi par la peur de sa mort? Suis-je suffisamment solide, dans mon propre état de séparation, pour ne pas me sentir enfermé dans sa dépendance? Ainsi, nous devons nous poser la question si oui ou non, notre propre anxiété a un impact dans l'interaction avec le patient. Même si l'on suppose que notre influence est inévitable, il n'en est pas moins que le patient est une personne unique qui désire que l'on sache l'apprécier dans sa différence. Car c'est lorsque le patient verra ce qu'il y a d'unique en lui, qu'il pourra s'épanouir en étant pleinement lui-même. C'est pourquoi, le soignant doit oser être lui-même dans la relation. Car dans un premier temps, c'est ce qui mettra le patient en confiance et par la suite c'est ce qui le poussera peut-être à être pleinement lui-même. Cette phrase résume bien cette pensée:

J'ai fini par comprendre qu'être digne de confiance n'exige pas que je sois conséquent d'une manière rigide, mais simplement qu'on puisse compter sur moi comme un être réel. J'ai employé le mot congruence pour désigner ce que je voudrais être. J'entends par ce mot que mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai. Quand tel est le cas, je deviens intégré et unifié, et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même. C'est là une réalité qui, d'après mon expérience, est perçue par autrui comme sécurisante (p. 37).

En effet, la cohérence entre le message implicite et le message explicite inspire la confiance, tandis que l'inverse nous fait généralement réagir avec méfiance.

Pour soulager la souffrance de l'autre, il faut oser la voir, la sentir, et pouvoir la contenir. Pour diminuer son anxiété, il faut la percevoir, la ressentir. Pour l'aider à calmer sa colère, il faut pouvoir comprendre qu'elle est là, l'accepter, être capable de l'accueillir et de la lui restituer de manière compréhensible. Nos émotions sont donc notre outil de travail. Mais encore faut-il les reconnaître. Le lieu, l'espace et le temps ont une influence sur notre capacité à ressentir. Mais c'est surtout sur nous-mêmes que nous devons compter pour développer cette attitude. La première chose que l'on peut faire est d'arrêter de nier notre sensibilité et d'oublier qu'il est soi-disant possible d'être totalement neutre dans la relation à l'autre. Non seulement nous ne sommes pas neutres, mais en plus ce n'est pas en tendant vers cette neutralité que l'on mettra une distance entre le patient et nous susceptible de nous protéger. Autrement dit, ce n'est pas en nous cachant que nous nous protégeons.

Cette démarche demande du courage, car l'expression des émotions n'est pas toujours valorisée et le mythe de l'objectivité est toujours perçu comme un moyen de ne pas s'engager

personnellement. Mais si l'infirmière doit tendre vers une objectivité raisonnable, elle a aussi besoin de sa subjectivité pour entrer en connexion avec la subjectivité du patient.

De plus, avoir cette attitude d'introspection demande une véritable motivation, car si nous voulons rester reliés de manière cohérente avec le patient, nous devons l'être avec nous-mêmes, ce qui signifie être capable de vivre aussi ce qui nous dérange, ce qui nous fait peur, ce qui nous renvoie à nous-mêmes dans ce que nous avons de plus fragile. C'est là que nos propres mécanismes de défense peuvent être une barrière à la reconnaissance de certains sentiments, et donc une barrière qui nous empêche de rentrer dans le monde expérientiel du patient. C'est pourquoi, l'expérience et la maturité sont des facteurs plutôt aidant pour le soignant qui vit une relation thérapeutique.

Une autre partie de ce travail est d'oser vivre ce ressenti de manière authentique, c'est à dire en étant nous-mêmes. Cela implique un certain deuil de la perfection, pour pouvoir faire avec tout ce que nous sommes. Donc, être stupide par moment, être en colère, être ridicule ou faire la chose qu'il ne faut pas faire, sont des exemples de comportements qui existent de manière intrinsèque, et qui demandent de l'humilité afin d'oser les montrer lorsqu'ils sont présents. Il est important de ne pas cacher au patient que nous avons des réactions fortes, parfois négatives, que nous faisons des erreurs, mais que le monde ne s'effondre pas pour autant. C'est «OK» d'être soi, c'est même très bien, pour autant que nous soyons responsables et capables d'admettre nos erreurs et de nous excuser si besoin.

Cette ouverture sur nous-mêmes, en acceptant nos imperfections, nos limites et notre vulnérabilité, nous rapproche d'une acceptation et d'une confiance plus grande envers le patient. L'inverse est probable, c'est-à-dire qu'une personne peu congruente aura des difficultés à accepter l'autre et à lui faire confiance. Par exemple, une personne qui aurait peur de prendre des risques dans une relation, n'oserait pas dire ce qu'elle pense réellement et garderait en elle un conflit sous-jacent, alors qu'en l'exprimant, elle pourrait clarifier cela avec l'autre et ainsi saisir l'occasion de grandir leur acceptation mutuelle.

D'habitude, lorsque nous comprenons et que nous acceptons quelqu'un, cela atténue les possibilités de ressentir des sentiments négatifs et favorise le développement d'émotions positives telles que l'empathie ou l'affection. En ayant moins besoin de se défendre, l'infirmière fait de la place à l'écoute. Cette écoute ainsi que les sentiments positifs envers le patient permettent au patient de se sentir «empathiquement compris», ce qui lui permet de développer une «considération positive» pour le soignant (p. 226).

Comme nous l'avons dit, nous comprenons l'autre à travers nous-mêmes, alors l'empathie est d'une certaine manière interdépendante de la congruence. À l'intérieur de la congruence, elle est une manière empathique d'utiliser l'expression de soi. Évidemment il y a l'intention réelle d'être simplement aimable et congruent, mais l'empathie c'est l'art de se mettre sincèrement à la place de l'autre pour pouvoir le comprendre. C'est avoir suffisamment de bon sens, pour trouver ce qui est juste de dire, quand le dire et comment le dire.

Concernant la manière de communiquer ses sentiments, il existe ce qui est aussi communément appelé «l'affirmation de soi». C'est l'idée que la personne s'exprime en utilisant le «Je», plutôt que le «Vous». De plus, elle parle de ses sentiments plutôt que de ceux de l'autre et évite ainsi de porter un jugement dans la remarque qu'elle voudrait transmettre. Cette communication évite de rentrer dans la dualité du bien et du mal en disant par exemple : «C'est une excellente chose d'arrêter de fumer; ce n'est pas bien de manger trop de chocolat». C'est intéressant d'imaginer que l'on essaye de transmettre un besoin, plutôt que de vouloir éduquer l'autre.

Selon Rogers, le non-jugement est un corollaire important du concept de congruence, car une personne congruente ne peut pas exprimer de fait extérieur dans sa communication. C'est-à-dire qu'elle ne pourra pas dire «il est stupide», «elle est gentille», car

nous ne faisons jamais l'expérience de faits de ce genre. La conscience exacte de l'expérience devrait toujours être exprimée sous forme de sentiments, de perceptions, de déclarations se rapportant à un cadre de référence interne. Je ne sais jamais qu'il est stupide ou que vous êtes méchant. Je ne peux que percevoir que vous me paraissez l'être. (p.224).

Enfin, nous pouvons supposer que le patient qui ressent le soignant comme congruent, empathique et acceptant, aura moins de barrières dans sa communication, ce qui lui permettra de s'exprimer plus librement et plus authentiquement.

Rogers a défini trois règles qui aident le soignant à ne pas dépasser les limites de la congruence. Tout d'abord, la congruence est, dans le discours du soignant, une réponse à l'expérience du patient. C'est-à-dire qu'il ne serait pas pertinent que le soignant exprime toutes ses sensations, sur la vie en générale ou sur ses propres expériences par exemple. Ce n'est pas interdit de faire ce que l'on appelle de «la révélation de soi», dans le but de mettre le patient en confiance ou de montrer son empathie.

La deuxième règle est que la conduite du soignant congruent doit être appropriée au problème immédiat du patient. C'est-à-dire qu'il ne cherche pas de réponse trop générale ou inspirée de l'expérience d'un autre patient ayant vécu une situation similaire.

Enfin, afin que la relation soit équilibrée, Rogers souhaiterait que le soignant exprime principalement les sentiments persistants et pouvant poser problème s'ils ne sont pas communiqués. C'est-à-dire que si le soignant est dérangé, frustré ou irrité par quelque chose, il ne le dira que si ce sentiment est régulier et ne se transforme pas avec le temps.

Pour Watson (1985), «la congruence est fondée sur la concordance entre ce qu'elle est vraiment et ce qu'elle donne à voir d'elle-même, sincère et sans façade ou masque professionnel» (p. 37). Si cet effort ne se fait pas, les sentiments en nous qui sont non reconnus sont susceptibles d'affecter la qualité des soins de manière négative, même si notre intention est de nous protéger et non pas de nuire.

À travers Rogers, Carkhuff et Gazda, Watson énonce certains points pour réagir avec congruence. L'infirmière qui suit ces directives:

...jouera le moins possible de rôles auprès d'autrui, en particulier celui du professionnel de l'aide. Si elle veut que l'autre personne soit authentique, sincère et ouverte, elle doit donner elle-même l'exemple de sincérité, d'authenticité et d'ouverture.

sera en mesure de s'informer sur les difficultés qu'elle rencontre avec autrui et de tirer des leçons de celles-ci. Autrement dit, elle doit essayer honnêtement d'identifier l'origine de ces difficultés: lui incombent-elles, proviennent-elles d'une source extérieure, ou bien encore sont-elles le résultat de l'interaction entre les deux parties? Cela peut nécessiter un travail sur soi par le biais d'un conseil extérieur, d'une thérapie ou de tout autre effort de croissance similaire. Il s'agit là d'un processus continu d'expérience de vie.

réagira à ses propres expériences ainsi qu'à celles du patient. L'infirmière doit être attentive à elle-même comme aux autres (p. 38).

Pour finir, nous aimerions mettre l'accent sur le fait que chacun d'entre nous, pouvons à un moment donné, par négligence, par fatigue ou autre, faire passer nos besoins et nos peurs avant celles du patient. Le tout est d'essayer d'en prendre conscience.

La considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique:

L'infirmière doit comprendre le rôle maternel dans sa continuité, sans oublier d'étape, de l'acceptation et l'attention inconditionnelles jusqu'à la relation de personne à personne (Peplau, 1988, p. 56).

Si l'on se réfère à la théorie, selon laquelle «la maladie est un événement auquel se rattachent des sentiments provenant d'expériences antérieures qui sont réactivées dans la relation de l'infirmière au patient» (p. 153), alors l'infirmière se doit de comprendre les différentes étapes du développement de l'enfant afin de pouvoir décoder les indices qui se cachent derrière les comportements des patients. C'est pourquoi nous allons faire quelques liens entre certaines attitudes maternelles et l'attitude de l'infirmière en interaction avec le patient. D'après Peplau,

les principes qui permettent à l'enfant de se concentrer sur l'apprentissage et de s'organiser sur des bases toujours plus fructueuses sont: l'amour maternel inconditionnel, le respect de la capacité biologique de l'enfant qui survient comme un progrès important nouvellement acquis en direction du contrôle de soi, la confiance qui modèlera son comportement sur celui des parents s'il existe une relation satisfaisante entre eux, et l'absence d'approbation ou de réprobation (p. 186).

En effet, une attitude de non-jugement exige l'absence de critique positive ou négative liée au comportement de la personne. Les deux formes de jugement engendrent une pression, soit celle de faire mieux, soit celle de ne pas faire moins bien. Selon Peplau, l'amour conditionnel répond aux besoins de la mère, tandis que l'amour inconditionnel est régulé par les besoins de l'enfant. Selon elle, «tout enfant requiert d'abord une attention inconditionnelle. Quand il la reçoit, il peut cultiver son désir légitime d'améliorer ses outils de communication et de lutter pour maîtriser, à sa façon, le monde matériel» (p. 166).

En parlant de la difficulté que chacun a à accepter les différences des autres, Rogers (1961) nous fait part de ses sentiments de la manière suivante:

Pourtant, j'ai fini par reconnaître que ces différences qui séparent les individus, le droit pour chacun d'utiliser son expérience comme il l'entend et de lui donner la signification qui lui paraît juste, tout cela représente le plus riche potentiel de la vie. Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être. Ainsi, ce n'est que lorsque je puis accepter un autre, ce qui signifie spécifiquement que j'accepte les sentiments, les attitudes et les croyances qui constituent ce qu'il y a de réel et de vital en lui, que je puis l'aider à devenir une personne, ce qui me semble très précieux (p. 18).

Tout d'abord, il y a ce que Rogers appelle «la considération positive» (p. 192), qui est semblable au prendre soin, et dont les particularités sont la création d'une relation affective et chaleureuse, tout en recherchant à vivre la relation à l'autre de manière non possessive.

L'attention chaleureuse représente l'art d'écouter et d'éprouver de l'affection pour l'autre. En effet, comme le précise Peplau (1988),

quand les patients sont aux prises avec des buts incompatibles et la difficulté de préciser un choix qu'ils ne sont pas sûrs d'effectuer sagement, la tâche prioritaire de l'infirmière consiste à écouter. Elle agit comme une caisse de résonance qui permet au patient de découvrir et de reconnaître ce qu'il ressent, et de prendre conscience d'éléments qui l'aideront à fixer son choix.... Un patient ne peut assimiler d'informations nouvelles sans une relation chaleureuse avec l'infirmière, une relation où chacun a appris à connaître et à respecter les désirs de l'autre. Une relation chaleureuse se développe si l'infirmière répond aux besoins du patient d'une façon qui l'autorise à prendre conscience de ses besoins. Une fois guéri, c'est souvent l'attitude de l'infirmière à son égard lorsqu'il se sentait dépendant de l'aide des soins infirmiers qui ressortira avec le plus de force dans l'esprit du patient (p. 107-179).

D'après Watson (1985), «une infirmière efficace est capable d'assurer une atmosphère non menaçante, sûre, confiante ou sécurisante à travers l'acceptation, la considération positive, l'importance accordée à l'amour ou à la chaleur humaine» (p. 42).

À travers les propos de Carl Rogers, Watson nous dit que la chaleur humaine est liée à la considération positive inconditionnelle qui consiste en «un sentiment non paternaliste (maternaliste), exempt de sentimentalisme, qui n'est pas superficiel sur le plan social, et qui est agréable» (p. 44). En effet, dans son livre, celui-ci nous parle d'une étude menée sur le rapport entre les parents et leurs enfants, dans laquelle il est dit qu'une attitude d'acceptation et d'affection envers les enfants favorise leur développement intellectuel, ainsi que leur stabilité émotionnelle. À l'inverse, les enfants ayant vécu des attitudes de rejet avaient un ralentissement de leur développement intellectuel ainsi qu'une instabilité émotionnelle. À travers cet exemple, nous pouvons suggérer que le patient, tout comme l'enfant, a besoin que l'on s'intéresse à lui avec chaleur, sans toutefois être excessivement impliqué émotionnellement.

En parallèle, le soignant tend à adopter une attitude non directive, qui se base sur le principe de respect. Dans cette perspective, le respect signifie que l'on reconnaît la singularité du patient et son droit de choisir la direction qu'il veut, avec les moyens qu'il veut, et au rythme qui lui convient. Comme le décrit Peplau, «respecter l'individu tel qu'il est c'est accepter qu'il s'égare, croire fermement qu'il profitera de ses erreurs et qu'après avoir

suffisamment traversé d'expériences et reçu de preuves, d'où peuvent ressortir de nouvelles aptitudes, il retrouvera le chemin du progrès» (Peplau, 1988, p. 59).

C'est donc lui qui va modeler sa personnalité et non pas le soignant. Le soignant aura une influence sur le patient, car il agit en fonction de ses valeurs et de ce qui selon lui amènera le patient vers plus d'indépendance et de confiance en soi. Donc, tout en comprenant et en acceptant certains sentiments ou certaines expériences du patient, il peut ne pas les soutenir, car il pense que cela n'aboutira pas à un développement constructif pour le patient.

La dernière dimension est le développement d'une attitude inconditionnelle. C'est-à-dire que le soignant tend à accepter le patient en profondeur, et de la manière la plus constante possible. D'après Peplau,

l'intérêt et l'acceptation inconditionnels de la part de l'infirmière constitue une part essentielle de l'observation qui lui donne une base pour comprendre et promouvoir le développement du patient. L'infirmière peut évoquer par anticipation des obstacles et des délais dans la satisfaction des besoins et des demandes du patient quand un rapport s'est établi entre eux, c'est à dire lorsqu'ils comprennent leurs idées préconçues et leurs attentes réciproques. En présence d'une relation d'acceptation, ils peuvent ensemble élaborer des plans en commun dans l'intérêt de l'épanouissement du patient et de la résolution de son problème (p. 199).

Adopter cette attitude requiert une grande ouverture d'esprit, une volonté de comprendre l'autre, un amour pour ce qui est différent, un regard critique sur tout ce qui a trait au conformisme, une souplesse et une solidité dans son fonctionnement interne, un goût pour le changement et l'adaptation afin de ne pas tomber dans les griffes du jugement.

Nous pouvons souligner que si le soignant tend vers l'acceptation de ce qu'il vit intérieurement, cela ne veut pas dire qu'il cautionne tout comportement. Car le patient, comme l'enfant qui grandit et qui n'est pas encore tout à fait sécurisé, a besoin d'être contenu. C'est-à-dire que les limites dont il fera l'expérience formeront un cadre à l'intérieur duquel il se sentira aimé et en confiance. Accepter le patient n'implique pas approuver son comportement, mais c'est la voie que le soignant peut utiliser pour voir les choses du point de vue du patient et non pas en restant attaché au comportement externe.

Dans la citation suivante, nous pouvons voir le lien entre l'empathie, c'est-à-dire la capacité de l'infirmière à ressentir les craintes et les problèmes du patient comme si ils étaient les siens, sans pour autant faire partager au patient ses propres craintes et l'acceptation inconditionnelle.

L'infirmière dans une relation de soins peut aider le patient à prendre conscience de sa confusion et des problèmes existants, à les exprimer. Cela exige de discerner et délimiter rapidement les facultés d'extériorisation du patient, d'adopter des réponses professionnelles aux besoins et aux désirs exprimés, et d'accepter le patient tel qu'il est. L'acceptation du patient comateux ou complètement impuissant est d'abord inconditionnelle. La relation de l'infirmière au patient se déplace toutefois sur un continuum qui va du soin inconditionnel à la participation où tous deux peuvent collaborer à la résolution des problèmes de soins (p. 113).

La «compréhension empathique» (Rogers, 1961, p. 192) est intrinsèquement liée aux autres composantes que sont le non-jugement, le respect, l'écoute et l'acceptation. En lien avec cette capacité recherchée par le soignant pour saisir le sens de ce que le patient éprouve, Rogers se pose diverses questions telles que:

Puis-je me permettre d'entrer complètement dans l'univers des sentiments d'autrui et de ses conceptions personnelles et les voir sous le même angle que lui? Puis-je pénétrer dans son univers intérieur assez complètement pour perdre tout désir de l'évaluer ou de le juger? Puis-je entrer avec assez de sensibilité pour m'y mouvoir librement, sans piétiner des conceptions qui lui sont précieuses? (p. 30).

Ces questionnements sont représentatifs de ce qu'implique le sentiment d'empathie, car on sent que la compréhension de l'expérience d'autrui est une recherche, mais aussi une sensibilité à développer pour saisir au mieux les idées, sentiments et les comportements du patient. Par conséquent, une recherche demande que l'infirmière vérifie auprès du patient si la représentation qu'elle se fait de son expérience est juste.

Selon Watson (1985), pour pouvoir pratiquer une communication aidante et de confiance il faut pouvoir percevoir les sentiments du patient. Pour se sentir en confiance, le patient a besoin de se sentir en sécurité, et l'empathie est un des piliers de ce sentiment de sécurité, car à travers elle, l'infirmière fait savoir au patient qu'il est une personne importante à ses yeux et digne de son temps. À travers les propos de Rogers, Watson nous dit: «la compréhension empathique est la faculté du soignant de saisir ce que le client éprouve dans son monde intérieur comme le client le voit et le sent, sans que sa propre identité se dissolve dans ce processus» (p. 41).

Finalement, cette démarche tirée principalement de l'expérience Rogers, Peplau et Watson fait référence à notre engagement personnel ou notre volonté de prendre conscience de notre propre comportement, afin de soutenir le patient dans son évolution. L'objectif étant

d'essayer de tendre vers ces valeurs, pour pouvoir voir la personne dans sa totalité, sans rejeter une partie d'elle-même. Ces conditions forment une base de confiance et de sécurité, mais les facteurs en jeu dans une relation sont nombreux et nous ne pouvons pas tous les aborder dans ce travail. Évidemment, ces conditions forment un tout et sont interdépendantes les unes des autres. En plus de ce travail cognitif, le comportement non verbal et les réponses affectives jouent un grand rôle dans la communication. Nous pensons que cette prise conscience aide l'infirmière à poser un regard plus ouvert sur les différences de l'autre, pour que cet autre puisse évoluer comme une personne qui s'aime et se respecte.

4.4 Analyse de l'entretien

Lors du stage que j'ai effectué dans le domaine de la psychiatrie, et au cours duquel j'ai fait la rencontre de Mlle Amo, j'ai mené des recherches afin, d'une part, de mieux comprendre les spécificités du service et des personnes qu'y étaient présent en soins, et d'autre part d'apporter un éclairage sur les problématiques de l'enfermement physique et psychique. J'ai rapidement orienté ce travail sur des aspects sociologiques et philosophiques et ai eu l'opportunité de faire une présentation orale du fruit de mes recherches aux membres de l'équipe infirmière, ainsi qu'au médecin-chef de service de l'unité. Cette présentation a eu lieu quelques jours avant la fin de mon stage et a été accueilli de manière positive par l'ensemble des ces personnes, appréciant l'angle avec lequel j'avais abordé différentes problématiques. Le fait d'avoir mener des recherches ne faisant pas spécifiquement partie de la recherche infirmière m'a donné la possibilité d'une part de faire se manifester de l'intérêt de la part du personnel médical et d'autre part d'élargir les possibilités de réflexion pour les infirmiers au travers d'une littérature qui n'est pas spécifique au champ de la profession. Avant de quitter l'unité à la fin de mon stage, une version écrite de mon travail est restée dans l'unité, afin que les personnes absentes pendant la présentation puissent y avoir accès.

Deux mois après cette présentation, j'ai repris contact avec les deux infirmières ayant été mes référentes/praticiennes formatrices pendant mon stage et ayant toutes deux assisté à la présentation orale de mon travail, afin d'avoir un entretien autour de ce dernier. Mon désir était de savoir quel intérêt avait éventuellement suscité cette présentation au sein l'équipe, si les soignants en avaient parlé entre eux, et si avec ces deux mois de recul certains aspects que j'avais pu évoquer résonnaient ou avaient du sens pour elles. Nous avons donc planifié un entretien qui s'est déroulé dans l'unité. Nous pouvons considérer que cet entretien est un

entretien exploratoire, car il nous permet de mettre en avant des questions ou des réflexions récurrentes par rapport à la présentation, mais aussi à la profession des personnes interrogées, nous permettant ainsi de récolter un certain nombre de données de terrain, pouvant être utilisées afin d'analyse. Le but n'étant pas de poser des questions précises sur la pratique de ces deux infirmières, mais bien d'échanger autour de mon précédent travail en regard de leur propre expérience.

Nous avons pris la décision de ne pas préparer de grille d'entretien, comportant des questions préétablies. L'entretien a donc été engagé sous la forme d'une discussion, et nous ne sommes intervenus que pour approfondir certains points évoqués ou soumettre d'autres angles de discussion. Par ailleurs, en début d'entretien, nous avons clairement énoncé le but et les objectifs de ce dernier à savoir le désir de partir d'éléments significatifs de la présentation, pour mettre en avant les problématiques de l'enfermement, de la création et de la rupture du lien dans la relation d'aide thérapeutique principalement.

La discussion s'est déroulée sur une heure et demie, pendant laquelle les deux infirmières se sont partagées alternativement la parole de manière équitable. Beaucoup de points ont été abordés, partant à chaque fois de concepts ou thématiques abordées dans le travail initial tels que l'enfermement physique et le parcours carcéral des patients, la théorie de soins de King (1971), les notions de responsabilité et d'imputabilité ou d'éthique. Ces points ont à chaque fois été reliés de manière naturelle à leur pratique professionnelle actuelle ou à leurs expériences antérieures, dans d'autres unités de soins psychiatriques. Une partie de la discussion s'est axée sur un passage de la présentation présentant la théorie de l'atteinte des buts de King, mais pour l'essentiel, le reste de notre échange n'y a que peu fait allusion. Ce qui nous semble ici intéressant, est de relever comment bon nombre de points abordés dans notre discussion peuvent être analysés sous l'angle de cette théorie, et comment finalement les propositions émises par King sont autant d'outils que ces deux praticiennes utilisent au quotidien dans leur travail, sans ne les avoir jamais reliés aux travaux de King, dont elles ignoraient l'existence jusqu'à présent. Ce qui est d'autant plus intéressant est que King écrit elle-même à ce propos que

dans les soins infirmiers, peut-être plus que dans d'autres domaines, les concepts et les hypothèses sont à moitié formulés dans ce que les infirmières savent intuitivement. Une représentation systématique des sciences infirmières est exigée, en fin de compte, pour l'élaboration d'une science, pour accompagner un siècle, ou plus, de l'art dans le monde quotidien de la profession infirmière (traduction libre, p.128).

Le premier point ayant d'emblée été mis en avant par les personnes interrogées est la position adoptée par l'auteur de la présentation pour développer son raisonnement. Elles parlent de sa position comme étant une «position méta», lui ayant permis de se détacher de son expérience au sein de l'unité, afin d'expliquer le concept de la présentation, c'est-à-dire les notions d'enfermement psychique et physique, en rapport avec une réflexion et une position plus large, empreintes de la théorie au travers de ses différentes recherches. Sur ce point, l'une d'elles insiste sur l'intérêt que cette réflexion a eu pour l'équipe et particulièrement pour elle dans le sens ou nous citons *«on a un peu le nez dans le guidon, donc on a cette réflexion, mais on ne l'a pas reliée proprement à l'enfermement, donc ce qui est ressorti, c'est que tu es dans une position méta, tu as pu te détacher de ton expérience ici, et de la théorie expliquer toi ta vision de l'enfermement»*.

Cette réflexion peut être analysée en référence à King particulièrement au travers de ce qu'elle décrit comme étant les quatre idées universelles, à savoir: les systèmes sociaux, la santé, la perception et les relations interpersonnelles; et leurs pertinences dans l'ensemble des situations de soins.

À ce sujet, King (1971) précise que

si les infirmiers ont à assumer les rôles et les responsabilités attendues d'eux par les employeurs, les patients, les médecins, et les familles (et surtout s'ils ont à s'acquitter de leurs propres perceptions), la découverte des connaissances doit être diffusée en continu aux praticiens de telle manière à ce qu'ils soient capables de l'utiliser dans leur pratique. Une approche de ce problème peut être initiée dans un programme éducatif, où la recherche s'interrogerait sur la nature des soins, établirait le fondement de la pratique, une manière de penser la pratique, au travers d'un apprentissage continu. Les observations qui sont valides et fiables ont été utilisées dans la recherche dans d'autres domaines d'études au fil des ans. Les observations du comportement humain sont effectuées quotidiennement par les infirmières dans divers contextes. Des données descriptives recueillies systématiquement fournissent des indices générant des hypothèses pour la recherche dans le comportement humain des individus dans des situations de soins infirmiers (traduction libre, p.128).

Concernant les références à Michel Foucault, une des infirmières ayant une expérience plus intime avec l'enfermement et le milieu carcéral (mais toujours en rapport avec les personnes en souffrance psychiques) confirme ce que ce dernier met en avance dans sa réflexion sur l'enfermement et comment elle a pu le ressentir tout au long de sa pratique dans le milieu carcéral. Elle reprend une citation de «Surveiller et punir» utilisée dans le travail pour illustrer

ce sentiment et le renforce en disant elle-même que «... *effectivement il y a une population en prison qui vit autre chose que la population courante, mais qui est à regarder comme des individus en souffrance, de la même façon que dans un hôpital ou dans une collectivité comme une école où il se passe des règles*».

On peut remarquer que dans cette situation l'infirmière pourtant habituée au cadre spécifique dont elle parle et ayant une certaine réflexion sur le milieu de la prison, emploie un vocabulaire ne paraissant pas totalement adéquat avec le fond de ce qu'elle développe. Ainsi elle parle de «population courante», «à regarder comme des individus», ce qui peut renforcer l'idée que le sujet de l'enfermement et du milieu carcéral, même auprès de personnes y exerçant leur métier de manière bienveillante, préserve sa force stigmatisante et hors de la normalité, du «courant».

Elle fait ensuite le parallèle avec la notion d'environnement interne développé par King, qui lui parle justement par rapport à l'enfermement psychique, car pour elle, «... *plus qu'ailleurs, en prison, les gens sont à même de rencontrer cet environnement intérieur. Le fait d'être enfermé physiquement peut favoriser l'introspection, d'essayer de chercher à l'intérieur quels sont nos fonctionnements, nos défenses, nos phobies, nos craintes, nos peurs, nos angoisses*».

Cette réflexion lui permet de faire un lien direct avec la théorie de King qui l'interpelle, «*dans le sens où elle rajoute (King) la capacité à la prise de décision*».

Elle met en avant le fait que «*le soignant doit déjà être au clair avec ses valeurs, plus encore dans des milieux comme la prison où l'on a en face de soi une personne qui va réveiller toutes sortes de choses, voire même des fantasmes, et des angoisses, des peurs, des jugements. Donc je pense que l'infirmier avant de proposer une relation d'aide à la personne doit être au fait avec un certain nombre de choses, notamment ses valeurs, ses réactions face à des événements.... Il faut accepter d'être surpris dans la relation, mais de toute façon échapper au jugement*».

Ce qui apparaît comme flagrant à ce moment de la discussion est le fait que l'infirmière laisse en partie entendre, sans jamais le nommer, la nécessité d'inscrire sa profession dans la discipline infirmière à proprement parlé, de conduire sa pratique sous l'angle des différentes théories. On pourrait dans ce cas suggérer qu'elle se réfère intuitivement dans sa pratique au paradigme de la totalité (Parse, 1987-2011), selon lequel l'être humain est un organisme ayant des composantes biologiques, physiologiques, spirituelles, sociologiques, culturelles, en constante interaction avec un environnement changeant, face auquel il doit s'adapter.

Pour revenir sur le lien avec la théorie de King, et les notions de «perception, interaction, transaction», l'infirmière précise que dans la relation qu'elle crée avec le patient,

elle souhaite lui renvoyer sa responsabilité, afin de se confronter à sa maladie, aux actes qu'il a pu commettre et à leur gravité, afin de pouvoir entrevoir une collaboration, que ce dernier puisse participer à la prise de décision, et qu'il devienne ainsi acteur de ses soins et de sa prise en charge.

Cette observation nous permet d'apporter un éclairage sous l'angle des travaux de Paul Ricoeur concernant les notions de responsabilité et d'imputabilité sur lesquelles il revient lors d'une conférence donnée à l'Association des Étudiants protestants de Paris en 1992. Il aborde dans un premier temps la responsabilité au travers d'une analyse traditionnelle

...selon laquelle la responsabilité consiste à pouvoir se désigner soi-même comme l'auteur de ses propres actes.... Mais voyez combien cette notion de responsabilité, survenant dans l'après-coup de l'action, est courte: d'abord elle est tournée vers le passé et non vers le futur. Et cela reste vrai lors même que nous nous tenons prêts à réparer les dommages causés par nos actions..., ou que nous assumons les conséquences pénales d'actions délictueuses.... Certes, les conséquences assumées constituent déjà une tranche de futur par rapport aux actes eux-mêmes. Mais ces conséquences, elles aussi, ont déjà eu lieu quand le jugement est porté; c'est donc toujours vers l'arrière que nous sommes tirés, vers la rétrospection.... La capacité de se désigner soi-même comme l'auteur de ses actes est affirmée, ou mieux attestée, dans un rapport de soi à soi: je me... ; tu te... ; il/elle se.... L'appel, l'injonction, la confiance aussi, qui procèdent du fragile, font que c'est toujours un autre qui nous déclare responsable; mieux, qui nous rend responsable, ou, comme dit Lévinas, nous appelle à la responsabilité. Un autre, en comptant sur moi, me rend responsable de mes actes (Ricoeur, 1992).

Pour revenir aux propos de l'infirmière quant au fait de renvoyer le patient à sa propre responsabilité, en vue de le faire participer à son processus de guérison, nous pouvons de ce fait rattacher cette approche à ce que Ricoeur développe par la suite en ces termes:

Disons qu'une capacité demande à être éveillée pour devenir réelle et actuelle; et que c'est en milieu d'altérité que nous devenons effectivement responsables. Inversement, dès lors que l'autre me marque sa confiance ou, comme on dit, me fait confiance, ce sur quoi il compte c'est précisément sur ceci que je tiendrai ma parole, que je me comporterai comme un agent, auteur de ses actes.... N'est-ce pas finalement de mutuelle reconnaissance qu'il s'agit, d'une reconnaissance où l'autre cessera d'être étranger pour être traité comme mon semblable, selon la fondamentale similitude humaine? (Ricoeur, 1992).

Cette idée de mutuelle reconnaissance et de fondamentale similitude humaine prend par conséquent toute sa signification dans la théorie développée par King, et dans les propos des infirmières interrogées, évoquant le fait d'être en tant que soignant au clair avec ses valeurs, d'accepter de se laisser surprendre par le patient et son environnement et le fait que «... *quand on part de la capacité du patient de pouvoir avoir un insight, de l'amener à l'introspection, je dirais qu'en tant que soignant il est indispensable de faire la même démarche*».

Indispensable donc de ramener chaque personne, patient et infirmier à son statut d'être humain singulier, de personne à part entière afin d'établir un lien de confiance et de transparence.

Ramener chaque personne à son statut de personne singulière c'est également se donner la possibilité d'être authentique et de laisser parler sa sensibilité, pour le soignant comme pour le patient; c'est entrer dans la perception de et avec l'autre, dans l'environnement partagé par chacun et dans l'environnement interne de l'autre; c'est pouvoir donner l'occasion «*de nommer les émotions, de les valider, et non pas d'être là pour ne mettre que des pansements.*»

Encore une fois, si l'infirmière interrogée ne le dit pas directement, elle laisse supposer l'importance de s'inscrire en tant que soignant dans la discipline infirmière, au travers d'un cadre théorique, nécessaire à une bonne pratique des soins. Dans la pratique quotidienne de ces infirmières, la notion d'environnement interne prend d'autant plus son importance qu'elles travaillent auprès de personnes ayant une culture issue de leur parcours carcéral, induisant leur propre langage, leurs propres codes, quelque chose que l'on ne peut leur enlever parce que cela fait partie de leur vie et de leur identité propre. Ils ont tous, à un moment donné de leur vie fait partie du même groupe, de la même microsociété, et la prison développe un fort sentiment d'appartenance du fait que les gens retrouvent facilement des personnes à qui s'identifier. Il est donc nécessaire de pouvoir intégrer cet environnement, afin de s'accorder avec les modes de vie et de fonctionnement de la personne.

Pour approfondir cet aspect, une des infirmières nous dit que «*le soignant c'est l'outil thérapeutique. Ça doit faire un tour à l'intérieur, et puis ressortir comme très utile pour le patient.... Et puis ça nous emmène sur le terrain de l'éthique. Disons que l'infirmier doit avoir sa propre éthique. Il y a l'éthique qui règle la profession, mais je pense qu'au niveau individuel, quand on est le propre outil thérapeutique, il faut avoir sa propre éthique. L'éthique c'est ne pas nuire. C'est-à-dire que quand tu as un choix A et un choix A, et bien c'est difficile parce que ça va être dans la manière que tu as d'amener les choses.... Alors il faut développer notre capacité d'authenticité*».

Sur le terrain de l'éthique abordé par l'infirmière, et plus particulièrement de «*[la] propre éthique*» de l'infirmier, la question d'affirmer sa position d'infirmier au cœur de la discipline

se pose. Car effectivement, si les Soins infirmiers répondent à un code éthique dicté pour chaque soignant, la théorie infirmière nous invite à nous interroger en tant que soignant sur notre propre pratique, et au-delà des questions d'éthique fondamentales et du code de déontologie infirmiers, à nous positionner en tant que professionnel, au travers non pas de ce que l'infirmière nomme comme étant «sa propre éthique», mais bien les valeurs propres aux sciences infirmières et plus singulièrement à chaque individu.

Pour cette infirmière, l'authenticité permet de prendre du recul et de se demander ce qu'il se passe vraiment. Cela permet de se demander pourquoi et comment les choses résonnent d'une certaine manière chez soi en allant chercher l'origine chez le patient. Ainsi, en identifiant une émotion que le patient a fait résonner en soi, il est possible d'utiliser cette dernière pour faire réagir le patient sur ses actes ou ses comportements, en imageant leurs impacts sur soi, donc sur la société en général. Cela demande également de *«se faire des expériences en dehors du champ professionnel, pour bien se connaître et être capable, s'il le faut, d'aller chercher le patient sur des sujets délicats»*.

Mais cette authenticité doit également se retrouver dans la manière que nous avons d'entrer en contact avec la personne, ou de conserver un lien qui s'est créé. La façon que nous avons de considérer la personne comme un être singulier à part entière, de le prendre en considération en dehors du motif qui l'amène ici. À ce propos, l'accueil est, pour ces infirmières un moment privilégié et un futur point de repère pour la relation. Elles s'attachent à se souvenir des premières paroles échangées, de la personne les ayant accompagnés lors de l'entrée dans l'unité. Ceci compose pour elle une base sur laquelle elles seront en mesure de revenir avec le patient, afin de témoigner des changements opérés chez lui, dans le but de le valoriser. Et ce premier échange permet de s'intéresser à l'environnement propre de la personne, de le prendre en considération et de lui donner le sentiment (juste) que l'on s'intéresse à lui.

Au travers et grâce à leur posture, il devient par conséquent naturel et primordial pour les infirmières de respecter le patient en le préservant de l'intrusion (intrusion souvent vécue par les détenus en prison) en étant au plus près des désirs (donc des buts) du patient. Pour elles, cela s'opère au quotidien, en cherchant un sens à la relation établie, et principalement le sens que cela a pour le patient lui-même; quelles sont les informations dont elles ont vraiment besoin pour travailler avec le patient, et ces informations ont-elles du sens pour lui? Là encore, n'est-il pas question de travailler en totale confiance, comptant sur le fait que le patient se livrera quand il en aura envie. C'est alors que pourront émerger de manière naturelle les buts que le patient s'est fixé.

La question de la famille s'est posée au fil de la discussion; ce qui paraît pertinent lorsque l'on parle de l'environnement du patient. Pour les infirmières interrogées, la famille a un rôle déterminant à jouer dans l'histoire du rétablissement de la personne, mais une fois de plus la spécificité de l'histoire de vie des patients de leur unité peut facilement devenir un obstacle. D'où, encore une fois, la nécessité d'avoir une perception juste du parcours des personnes hospitalisées et de leur famille. Car les familles ont pour la plupart un vécu traumatique de la prison, et le désir légitime qu'après la prison les choses rentrent dans l'ordre. Or, si leurs proches sont sortis de l'enfermement physique, il n'en demeure pas moins qu'ils restent d'une certaine manière enfermés psychiquement dans la maladie, ce qui peut parfois conduire à un éclatement des familles. Cet éclatement ne signifie pas nécessairement que certains membres ne puissent être présents, représentant un ancrage pour le patient, dans le désir de participer à la reconnaissance de la maladie et de la souffrance. De ce fait «... *la personne peut se dire: j'ai cette souffrance, mais j'ai cette aide qui peut encore venir de la famille dont je suis encore le fils, je suis encore le frère, la sœur*».

Pour résumer l'ensemble des propos qui ont été explorés concernant l'entrée en relation et la conservation du lien avec les patients, une des choses ressortant le plus est la communication et particulièrement au travers de la capacité d'écoute. Comment les propos du patient sont-ils interprétés, qu'est-ce qui est codé et qui ne l'est pas, la nécessité de reformuler, de valider les propos du patient, sont autant de points sur lesquelles insistent les infirmières interrogées. Au travers de cette réflexion, elles se retrouvent de manière claire, mais sans le nommer, au cœur de la théorie de l'atteinte des buts de King. En effet, cette notion de capacité d'écoute se retrouve totalement dans les phases de perception, interaction et transaction développées par King, et bien entendu plus particulièrement dans les deux premières. La première de toute évidence, car il s'agit bien de développer un échange entre l'infirmière et le patient, d'entrer en communication, de ne laisser aucun doute possible sur la compréhension de la situation par les deux parties. Si toutefois une bonne capacité d'écoute à toute son importance lors de cette première phase de perception, elle n'en demeure pas moins indispensable lors de la phase d'interaction. Car c'est bien là que peut commencer à s'opérer un changement dans l'environnement du patient, du fait par exemple qu'il découvre ou aborde un aspect de son histoire ou de son parcours avec un nouveau regard. C'est alors que «ce qui est perçu par les individus peut être jugé par eux comme favorable ou défavorable. Les infirmières influencent la perception du patient, la communication et les relations, et peuvent le motiver à l'action ou l'empêcher d'agir» (King, 1971, traduction libre p.102, 103).

C'est également à ce niveau-là que le patient va pouvoir nommer, mettre en mots ses buts et objectifs. Cette phase est d'autant plus importante également du fait qu'elle va servir en même temps de point d'attache, ou de référence, et de tremplin pour entrer dans la phase de transaction, avec comme finalité l'atteinte des buts du patient. Nous pourrions ainsi conclure en disant que

La dynamique des soins infirmiers peut être décrite comme une restructuration constante des relations entre l'infirmière et le patient à faire face à des problèmes existentiels et d'apprendre les moyens d'adapter ou de s'adapter aux changements dans les activités quotidiennes.... Les concepts de perception et de relations interpersonnelles font partie des dimensions dynamiques dans le processus de soins infirmiers. Ce qui implique que la perception des personnes qui établissent des rapports interpersonnels avec des individus ou des groupes dans des systèmes sociaux différents influence les moyens d'accomplir un but de santé optimale pour chaque personne (King, 1971, traduction libre, p.103).

5. Recommandations

En guise de conclusion, et en référence aux analyses développées dans notre travail, au cadre de modalités ainsi qu'aux objectifs d'apprentissage énoncés, il nous est apparu judicieux de mettre à profit nos recherches et réflexions. Ainsi, nous avons souhaité proposer certaines recommandations en lien avec la pratique, la recherche et la formation.

Recommandations pour la pratique

Ce que nous pouvons relever des analyses de nos études de cas, est un manque affirmé de références aux sciences infirmières. Nous ne souhaitons pas montrer du doigt ou juger des professionnels en les considérant comme incompetents ou en rupture avec les différents cadres conceptuels proposés par la discipline. Ce que nous souhaitons mettre en évidence est le fait que souvent la théorie assimilée par les soignants, aussi bien dans leurs lectures, leur formation, que dans leur pratique leur permet effectivement de conduire au mieux cette dernière, mais sans nécessairement faire de lien entre ces trois notions de théorie/recherche/pratique.

Car si les infirmiers agissent parfois de manière intuitive dans leur profession, il doit être nécessaire de pouvoir, à un moment donné, et ce afin d'asseoir leur posture, de se référencer à un cadre ou à un modèle conceptuel. Cette nécessité a toute son importance si les professionnels désirent que la profession soit reconnue en tant que sciences à part entière, et que par là même elle acquière plus de légitimité auprès des autres professionnels de la santé. L'importance d'être au clair avec ces notions conceptuelles est d'autant plus forte que la profession accueille de façon régulière des étudiants en formation, ou des collaborateurs venant d'horizons différents. Une reconnaissance de la théorie permet alors de mieux se comprendre, de collaborer de façon plus précise et plus pertinente.

Enfin, les cadres conceptuels et les différentes théories sont autant de possibilités d'élargir nos connaissances et notre vision des soins et du monde dans lequel nous évoluons. Elles permettent à un certain moment de mener une réflexion tant sur sa pratique que sur sa propre position en tant qu'être humain.

Par ailleurs, ce que la théorie propose et qui peut être vécu comme étant des notions et concepts trop abstraits par les soignants, ne doit pas constituer un frein ou un motif de désintéressement dans le champ d'application de cette dernière.

Pour résumer cela, King (1991) déclare lors d'une discussion entre plusieurs infirmières théoriciennes appelée *Perspectives on Nursing Knowledge*, que

Je pourrais reprendre l'idée que chaque théorie provient de sa propre base philosophique. Et si vous n'êtes pas d'accord avec les postulats philosophiques de la théorie, vous ne serez pas d'accord avec la théorie. L'autre commentaire que je voudrais faire, cependant, c'est que nous disons qu'une théorie de soins infirmiers peut guider la pratique. Je ne crois pas vraiment qu'une théorie puisse guider une pratique, car une théorie est une abstraction personnelle sur les soins infirmiers, et une abstraction ne peut pas être appliquée dans un monde connecté. Je pense que ce que nous appliquons est notre connaissance (King, 1989, traduction libre, p. 88).

Recommandations pour la recherche

S'agissant de la recherche, un point nous apparaît comme étant significatif dans l'évolution et la reconnaissance des soins infirmiers en tant que sciences et par conséquent comme domaine potentiel de recherche. Ce point se traduit par une littérature scientifique relativement abondante provenant presque exclusivement des pays anglo-saxons, avec à contrario un stade de la recherche paraissant moins développée en Europe. Il est donc à penser que les praticiens doivent à un certain moment considérer que la recherche fait partie

intégrante de leur pratique et qu'elle représente un outil riche pour cette dernière. Cependant, l'obstacle de la langue met à mal la diffusion des découvertes des connaissances aux praticiens.

Concernant l'avancement de la recherche en Europe, l'hypothèse peut être faite qu'une méconnaissance de la recherche en soins infirmiers (du fait par exemple de l'obstacle de la langue) amène les praticiens à considérer que ce champ de la profession ne leur est pas destiné et qu'il est réservé à une élite de théoriciens.

Or, toujours selon King (1971), il est à noter que bon nombre de recherches, valides et fiables sont le fruit de l'observation du comportement humain effectué quotidiennement par les infirmiers. Ces observations, menées dans de nombreux contextes sont à même de fournir des hypothèses pour la recherche dans des situations de soins infirmiers. Pour elle,

Dans les soins infirmiers, peut-être plus que dans d'autres domaines, les concepts et les hypothèses sont à moitié formulés dans ce que les infirmiers savent intuitivement. Une représentation systématique des sciences infirmières est exigée, en fin de compte, pour l'élaboration d'une science, pour accompagner un siècle, ou plus, de l'art dans le monde quotidien de la profession infirmière (traduction libre, p. 128).

Concernant notre choix d'aborder la recherche au travers d'études de cas, nous avons également rencontré un certain nombre d'obstacles du fait qu'il n'en existe que très peu de recensés dans la littérature existante. Pourtant, ce type d'articles nous paraissaient pertinents dans le sens où ils offrent la possibilité d'aborder une situation concrète, analysée sous un ou différents angles de la théorie. Il se trouve également que cela constituerait une manière de travailler appropriée à notre expérience en stage, nous permettant de nous centrer sur une situation rencontrée en particulier. Un développement de ce type de recherche serait également un argument en faveur des praticiens souhaitant s'engager sur le terrain de la recherche sans toutefois avoir recours à un type d'étude réclamant plus de temps et de moyens en termes d'effectifs et de coûts.

Recommandations pour la formation

Nous avons évoqué à plusieurs reprises dans notre travail le fait que nous nous sommes sentis à un moment de notre formation, en manque significatif de connaissances théoriques du point de vue de la science infirmière. Le point qui nous semble donc essentiel au travers de cette recommandation pour la formation, est nous semble-t-il l'introduction d'apports théoriques liés à la science infirmière plus complets, échelonnés sur l'ensemble de la

formation. Ainsi nous considérons qu'arrivés à un certain niveau dans leur formation, il serait pertinent que les étudiants soient incités, et guidés dans leur démarche de soins pour réaliser cette dernière au-delà des concepts et des théories jusque-là utilisés, sans toutefois remettre en cause l'importance et la crédibilité de théoricienne comme Henderson (1960) qui permettent néanmoins de s'approprier un certain nombre d'outils d'observation et de réflexion.

Cependant, cette démarche doit être appuyée par le corps professoral, et les étudiants encouragés à assister à des conférences ou des congrès en lien avec la science infirmière, et ce dans le but d'approfondir le lien entre la théorie, la recherche et la pratique. Il est également nécessaire, à l'heure où le travail en réseau prend toute sa signification, d'élargir ce dernier aux différents organismes et associations promouvant la science infirmière. Un autre constat que nous avons pu faire lors de nos études en soins infirmiers est la réactivité des étudiants, dans le champ par exemple de la physiopathologie, aux cours structurés autour de vignettes cliniques. Ces pratiques d'enseignement possèdent une structure relativement proche des études de cas sur lesquelles nous avons appuyé notre travail et pourraient être à nos yeux un excellent moyen d'aborder et de s'approprier les théories de la science infirmière en valorisant l'expérience et la capacité d'expertise des étudiants.

6. Conclusion

Au terme de ce travail de Bachelor of sciences en soins infirmiers, nous pouvons considérer que ce dernier a contribué à changer notre regard sur notre future pratique, et ce en découvrant et en approfondissant certains systèmes conceptuels et certaines théories infirmières. Ainsi, nous avons le sentiment d'avoir acquis des outils essentiels et nécessaires à la pratique de notre future profession, en dessinant de manière plus précise la posture dans laquelle nous souhaitons nous engager.

Ce qui à nos yeux constitue un certain paradoxe est le fait d'avoir pu effectuer tout ce parcours (en dehors du fait que nous ayons été épaulés et guidés par notre directrice de mémoire), en marge de notre formation. Ceci nous renvoie donc de manière naturelle aux recommandations proposées pour la formation.

Nous avons le sentiment au terme de ce travail d'être en mesure de pouvoir appréhender le monde professionnel de manière sereine, gardant à l'esprit la nécessité et l'importance de rester en perpétuelle recherche de connaissances, de rencontres et d'échanges.

6. Bibliographie

Ouvrages

Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theorists and their Work*. (7^e éd.) Maryland Heights : Mosby Elsevier.

Alligood, M.R. (2010). *Nursing Theory. Utilization & Application*. (4^e éd.). Maryland Heights : Mosby Elsevier.

American psychiatric association. (2000). *DSM- IV – TR, Manuel diagnostique et statistique des Troubles Mentaux* (4^e éd.). Paris: Masson.

Conférence des responsables locales et locaux de la filière Soins Infirmiers, (2007). *Travail de Bachelor (Bachelor Thesis) Cadre général de réalisation et d'évaluation*.

Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottet, A. & Doyen, C. (2008). *L'anorexie mentale. Dénis et réalités*. Paris: Doin.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2^e éd.). Philadelphia : F.A. Davis Company.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Editions Gallimard.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Editions Gallimard.

Friard, D. (1998). *L'isolement en psychiatrie: séquestration ou soin*. Paris: Editions Hospitalières.

Goffman, G. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris: Editions de minuit.

Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: P.U.F.

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: P.U.F.

- Jollien, A. (2011). *Eloge de la faiblesse*. Paris: Marabout.
- King, I. (1971). *Toward a theory for nursing. General Concepts of Human Behavior*. New York/London/Sydney/Toronto: John Wiley and Sons, Inc.
- Kohl, F-S. (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris: Masson.
- Magagna, J. (2005). *Le nourrisson dans sa famille. Transformations Intimes*. Larmor-Plage: Editions du Hublot.
- Maillard Strüby, F.V & Doucet, T.J (2011). *Rosemarie Rizzo Parse: L'Ecole de Pensée de l'Humaindevenant*. Marly: Les Editions Aquilance.
- NANDA International, (2010), *Diagnostics infirmiers. Définitions et classifications. 2009-2011*. (10^e éd.) Paris: Elsevier Masson.
- Nathan, T. (2001). *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod.
- Neugeboren, J. (1997). *Robert mon frère. Récit*. Paris: Mercure de France (2000).
- Parker, M.E & Smith, M.C. (2010). *Nursin Theories and Nursing Practice*. (3^e éd.). Philadelphia : F.A Davis Company.
- Peplau, H.E. (1988). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: InterEditions (1995).
- Platon (1949). *La République, Livre VII*. Paris: Les Belles Lettres.
- Poletti, R. (Dir.). (1998). *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers*. Paris: Le Centurion.
- Rogers, C.R. (1961). *Le développement de la personne*. Paris: InterEditions (2005).
- Servos, N. (2001). *Pina Bausch ou l'art de dresser un poisson rouge*. Paris: L'Arche.

Travelbee, J. (1978). *Relation d'aide en nursing psychiatrique*. Montréal: Editions du renouveau pédagogique.

Tustin, F. (1986) . *Autistic barriers in neurotic patients*. Londres: Karnac.

Watson, J. (1985). *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.

Winnicott, D. (1989), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Winkler, M. (1998). *La Maladie de Sachs*. Paris: Gallimard.

Articles

Bérubé, D. (1991). Le transfert et le contre-transfert. *Soins psychiatrie*, 122(123), 35-39.

Blackhall, A (2012). Service user involvement in nursing students' training. *Mental health practice*, 16 (1), 23-26.

Chevallier, D. & Dunezat, P. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers: influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'Information Psychiatrique*, 83, (8), 675-681.

Connor, W.O. (1994). A vulnerability-stress framework for evaluating clinical intervention in Schizophrenia. *Journal of Nursing scholarship*, 26 (3), 231-237.

Defromont, L. (2003) Les représentations sociales du «fou», du «malade mental» et du «dépressif». *L'information psychiatrique*, 79 (10), 887-94.

Doucet, T.J. & Bournes, D. A. (2007). Review of research related to Parse's theory of humanbecoming. *Nursing Science Quarterly*, 20 (1).16-32.

- Du Mont, P. (2007). A theory of asynchronous development : A midlevel theory derived from a synthesis of King and Peplau. *Middle range theory development using King's conceptual system*.
- Fadhlaoui, C. (2009). Hors de lui, hors de tout lien, hors du monde..., *Santé mentale*, (139), 30-34.
- Forchuk, C. (1991). Peplau's theory : Concepts and Their Relations, *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 54-60.
- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mentales Idées*, 11, 24-33.
- Grant, A. (2010). A critique of the représentation of human suffering in the cognitive behavioural therapy littérature with implication for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 18, 35-40.
- Huch, M.H. (1991). Perspectives on Health. *Nursing Science Quarterly*, 4(1), 33-40.
- Huch, M.H. (1995). Nursing and the next millennium. *Nursing Science Quarterly*, 8(1), 38-44.
- Martin, M-L., Forchuk, C., Santopinto, M. & Butcher, H.K. (1992). Alternative approaches to nursing practice: Application of Peplau, Rogers, and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 80-85.
- McNaughton, D.B. (2005). A naturalistic test of Peplau's theory in home visiting. *Public Health Nursing*, 22(5), 429-438.
- Murray, R.L.E.; & Baier, M. (1996). King's conceptual framework applied to a transitionnal living program. *Perspectives in Psychiatric care*, 32 (1), 15-19.
- Peplau, H.E. (1988). The art and science of nursing : Similarities, differences, and relations. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 8-15.

- Peplau, H.E. (1994). Quality of life : An Interpersonal Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 10-15.
- Peplau, H.E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.
- Pionnié-Dax, N. (2010). Attachement et psychopathologie. *Santé mentale*, 143, 39-45.
- Reynolds, W.J. (1997). Peplau's Theory In Practice. *Nursing science Quarterly*, 10(4), 168-170.
- Ruiz, C., Kurkdjian, L. (2007). La santé mentale en population générale: images et réalités. Premiers résultats en région PACA. *L'information psychiatrique*, 83 (10), 821-826.
- Saillant, S. & Gagnon, E. (1999). Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et Sociétés*, 23, (02), 05-14.
- Santopinto, M.D.A. (1989). The relentless drive to be ever thinner. A study using the phenomenological method. *Nursing Science Quarterly*, 2, 29-36.
- Serafini, G. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 18(7), 576-585.
- Takahashi, T. (1992). Perspectives on Nursing Knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 5(2), 86-91.
- Travelbee, J. (1963). What Do We Mean by RAPPORT ? *The american journal of nursing*, 63(2), 70-72.
- Travelbee, J. (1964). What's Wrong with Sympathy ? *The american journal of nursing*, 6 (1), 68-71.

Documents électroniques (site web)

Familles de France (2003). *La définition des addictions selon Goodman*. Accès
http://www.familles-de-France.org/pdf/JV/addictions_goodman.pdf.

Lefeuve Déotte, M., Revue appareil n.4. (2009). *Foucault: le corps, le pouvoir, la prison*.
Accès <http://revues.mshparisnord.org/appareil/index.php?id=901>

Législation Psy, Organisations transnationales et psychisme (2003). *Trouble de personnalité
et du comportement chez l'adulte*. Accès <http://www.legislation-psy.com/spip.php?article443>

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *La définition de la santé*. Accès
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Revue d'études Benthamiennes, Laval, C., (2011). *Ce que Foucault a appris de Bentham*.
Accès <http://www.etudes-benthamiennes.revues.org/259>

Documents électroniques en pdf

Familles de France (2003). *La définition des addictions selon Goodman*. Accès
http://www.familles-de-France.org/pdf/JV/addictions_goodman.pdf.

Documents électronique (podcast)

Goodreads (2012). *Brené Brown*. [Vidéo en ligne]. Accès
http://www.goodreads.com/author/quotes/162578.Bren_Brown

Lacan-Louvain 7 (2006). *Paroles_des_jours*. [Vidéo en ligne]. Accès
http://www.dailymotion.com/video/xrcn3_louvain-7_creation

7. Annexes

Annexe I

Description de l'expérience de stage en Gynécologie-Obstétrique

En lisant un article sur la Théorie de Peplau, je suis restée perplexe devant la phrase suivante: «Peplau was the first nursing theorist to identify the nurse-patient relationship as being central to all nursing care. In fact, nursing cannot occur if there is no relationship, or connection, between the patient and the nurse» (p.69, Parker & Smith).

Je me suis dit que c'était tout de même étrange d'arriver à la conclusion que la relation entre le patient et le soignant était essentielle à l'existence même des soins infirmiers, puisque pour moi cette relation est l'essence des soins infirmiers. J'ai pensé en effet que c'était une évidence, tout en sachant que dans la pratique cette évidence n'est pas si simple à mettre en application. Il arrive que certaines unités de soins à l'hôpital ne favorisent pas toujours un climat propice au développement des relations interpersonnelles entre l'infirmière et le patient.

Lors d'un stage, j'ai travaillé six semaines dans un service de gynécologie-obstétrique, en salle de réveil. C'est un service qui accueille les femmes qui sortent du bloc opératoire pour toutes sortes de raisons, accouchements, interruptions de grossesse, kyste, etc. Ces femmes restent en moyenne une quarantaine de minutes dans le service, parfois un peu moins, et ça peut aller jusqu'à quelques jours pour certaines d'entre elles qui ont besoin d'être sous une surveillance plus rapprochée. Les objectifs principaux sont d'éviter les risques principaux c'est-à-dire un risque hémorragique, infectieux ou un risque de douleur aiguë. Cela demande des surveillances hémodynamiques rapprochées, ainsi qu'une présence quasi continue auprès des patientes pour avoir une surveillance clinique. Je dois dire que l'administration des médicaments antidouleur et anti-inflammatoire est très fréquente.

C'est aussi un service qui accueille des naissances et qui travaille la relation entre la mère et l'enfant dans les premiers instants de vie. Cela fait partie du rôle infirmier, mais il m'a semblé que c'était plutôt les sages femmes qui venaient dans le service pour introduire la relation mère-enfant.

C'est une petite unité qui en quelque sorte fait le relai entre la salle d'opération et le service de maternité principalement. La communication se fait entre l'équipe de l'unité, c'est-à-dire médecins, infirmiers, aides-soignants et assistante sociale, mais aussi avec les anesthésistes infirmiers ou médecins, les chirurgiens, les obstétriciens, les gynécologues du bloc opératoire ainsi que les sages femmes qui sont, soit indépendantes, soit venant du service de maternité. C'est avec cette équipe que j'ai fait la rencontre d'une femme qui venait d'accoucher d'un petit garçon prématuré, qui se trouvait en néonatalogie pour recevoir des soins aigus. Je ne me suis pas occupée d'elle moi-même, mais j'ai tout de même fait sa connaissance. Dans un premier temps, j'ai fait sa connaissance à travers son diagnostic, c'est à dire: «elle est schizophrène et toxicomane». À un moment je suis allée dans sa chambre pour faire un soin, et nous avons discuté. Je ne sais plus très bien comment cela a commencé, mais elle m'a raconté son histoire, sa vie avec sa maladie, sa relation avec l'homme qu'elle aime depuis des années, la difficulté que c'était pour elle d'arrêter de se droguer pour avoir cet enfant, elle avait tout arrêté sauf la cigarette, c'était trop dur. Elle le voulait depuis des

années son petit garçon, et elle pensait qu'elle n'allait jamais pouvoir avoir un enfant à cause de sa maladie et de ses nombreux traitements. Elle a décidé de l'appeler Gabriel, parce c'est un nom d'ange. Je ne suis pas restée longtemps dans la chambre, mais suffisamment pour l'écouter et pour comprendre qu'elle était terrorisée, à l'idée de perdre cet enfant qui n'était pas dans un état viable pour le moment, mais aussi à l'idée de ne pas être une mère suffisamment bonne.

Au cours de la journée, j'avais entendu quelques remarques négatives vis-à-vis de cette patiente, quelques mots lancés en l'air: «Violente, psy, toxico, manipulatrice, etc.». Un soir dans de la même semaine, je me trouve dans le bureau infirmier et j'entends une anesthésiste parler de cette patiente en disant que «les psys» sont dangereux et manipulateurs. Je pense pouvoir confirmer que la patiente n'a eu aucun comportement de ce type-là, sans quoi cela aurait été dit explicitement lors des transmissions. Cependant, ce sont ces éléments qui ont été retenus, et qui seront transmis, de manière cachée.

Dans ce service, il y avait des moments où il fallait aller vite, plusieurs patientes sortaient du bloc et comme le nombre de chambres était réduit, nous devions être rapides et efficaces. À d'autres moments, l'atmosphère était calme et nous avions du temps libre. Je n'ai pas eu la possibilité de participer à toutes les interactions entre cette femme, que l'on peut appeler Madame Isabelle, et les soignants. Mais je n'ai pas le souvenir d'avoir vu ou entendu des soignants prendre le temps de parler avec elle. Peu de temps après, j'ai croisé cette patiente à la cafétéria, il y avait beaucoup de monde, et nous nous sommes aperçues à travers la vitre qui faisait la séparation avec le balcon. Elle était seule, elle m'a lancé un bref regard, puis elle a baissé les yeux. Je n'aurai jamais imaginé qu'elle allait venir me voir pour s'asseoir avec moi à table. Je n'osais pas la regarder trop longtemps, car je voyais qu'elle n'était pas tout à fait en confiance et que mon regard la gênait. Cependant, elle me parlait. Je me souviens qu'elle parlait de sa mère avec un ton froid, tout en disant que la relation était très conflictuelle. Au cours de la discussion (elle parlait beaucoup en intériorité), elle leva les yeux pour me regarder: «J'ai peur de faire faux, tout à l'heure je lui ai mis ses petits chaussons à l'envers et j'ai senti le regard des soignants autour de moi, je ne suis pas capable de m'en occuper, je ne sais pas comment faire». Cette phrase était à la fois une preuve de confiance et un appel à l'aide. Elle était émue, je l'étais aussi, il n'en fallait pas plus pour sentir qu'elle manquait de confiance, qu'elle avait besoin d'être rassurée, qu'elle avait besoin de parler. Mais le contexte était difficile, visiblement elle n'avait pas bénéficié de l'écoute dont elle avait besoin dans notre unité, son enfant était en néonatalogie, et même si elle lui rendait visite, elle ne pouvait probablement pas être soutenue par les soignants de ce service. De plus, les quelques interactions qu'elle avait eues pour le moment avec les soignants ne l'avaient pas rassurée du tout. J'ai essayé de renforcer le positif que je voyais en elle, j'ai nommé les choses constructives qu'elle était capable de faire, je lui ai fait un sourire, et j'ai dû repartir travailler. Mais qu'est-ce que notre travail si ce n'est être présent, ici et maintenant? Dans cette situation, nous avons de nombreux indices (sa dépendance aux substances, sa maladie mentale, les conflits avec sa mère, son besoin d'être rassurée) qui nous permettaient de voir que cette femme avait un «désir de dépendance». Selon Peplau, «un insatiable désir de dépendance se développera chez l'enfant si on ne l'aide pas à se différencier d'autrui, à reconnaître ses besoins et à lutter pour les communiquer» (Peplau, p.169). Elle différencie la dépendance et le désir de dépendance. L'enfant admet une dépendance lorsque l'expérience qu'il fait du monde lui procure une sécurité, une satisfaction

et un soutien. À l'inverse, il développera un désir de dépendance lorsqu'il a acquis une expérience «de relations interpersonnelles avec des gens qui exigent, dénie, refusent, marchandent ou font plaisir afin d'être en conformité avec les buts et leurs conceptions d'un comportement désirable; les désirs de dépendance se développent lorsqu'une mère rejette ou surprotège son enfant.» (Peplau, p.169). Ainsi, tant que le patient n'a pas intégré le fait que la dépendance est un élément nécessaire pour vivre des relations d'interdépendances, il y a un travail psychologique à faire avec lui, en étant présent, en répondant à ses besoins, en l'écoutant, afin de lui redonner une certaine sécurité et une confiance pour développer des relations interpersonnelles par la suite.

De retour dans l'unité, il m'a semblé tout simplement impossible d'en parler. Non pas parce que j'avais peur d'en parler, mais parce que je ne voyais pas qui pouvait entendre ce que j'avais à dire. Aujourd'hui, je me dis que si je n'ai pas ressenti la possibilité d'en parler, je ne vois pas comment cette patiente, dans une situation de grande vulnérabilité aurait pu «être respectée comme personne pouvant faire connaître ses besoins et lutter pour les satisfaire avec l'aide d'autrui.» (Peplau, p.171). Cette personne était là parce qu'elle venait de donner naissance à un bébé, et la priorité était de l'aider dans cette relation nouvelle. Les premiers instants après la naissance sont précieux et cette maman n'avait à mon avis que de bonnes intentions envers son fils, mais elle avait besoin de beaucoup de confiance, pour pouvoir la restituer à son enfant. Cette confiance ne peut s'installer qu'à travers une certaine proximité associée à une écoute de qualité afin de donner au patient une chance de clarifier ses sentiments.

Nous étions en première ligne pour accueillir cette famille pour qui tout était nouveau et nous avions du temps. Seulement, il me semble que ce qui a été mis en première ligne était le fait qu'elle soit toxicomane et schizophrène. Je n'ai pas entendu de discussion ou de projet de soin spécifique pour cette patiente. Cependant, de par sa maladie et sa dépendance aux substances, ainsi que la situation de son bébé qui se trouvait entre la vie et la mort, cette patiente était dans une situation extrêmement vulnérable. D'ailleurs, elle m'a exposé sa vulnérabilité et son courage en venant me chercher, en me montrant ses peurs, tout en me regardant droit dans les yeux. Je crois que cette scène est tout à fait représentative de la difficulté qu'ont certains patients à communiquer avec les autres. Si l'on essaye de décoder son langage verbal et non verbal, il en ressort un double message: Une femme seule, qui fume sur une terrasse, le regard baissé, elle s'approche, mais ose à peine s'asseoir, elle n'ose pas le contact visuel, elle parle sur un ton faible, un discours décousu, les épaules en avant, la tête baissée. Mais il y a aussi: une femme qui se trouve à un moment crucial de sa vie et qui, malgré le manque de confiance, malgré ses difficultés à établir un contact avec sa mère et avec les soignants, trouve le courage de venir me parler avec sincérité et de me regarder dans les yeux pour me dire ce qui lui fait le plus peur en ce moment. Dans son regard, j'ai interprété sa peur comme la peur de la connexion du moment présent, avec moi, mais aussi avec sa mère, avec les soignants et surtout avec son enfant.

Je pense que l'on retrouve ici la complexité dans laquelle sont souvent les personnes qui souffrent d'une maladie mentale, qui est d'avoir à la fois un terrible besoin d'être relié à l'autre, et une peur immense de ce lien. L'autre est simultanément une nécessité et une menace. Le contraste entre le moment où elle parle les yeux presque fermés, de choses peu significatives et le moment où elle lève les yeux pour dire quelque chose qui lui tient à cœur est comme une ouverture à l'autre, un moment d'intimité, un moment de confiance, de courage et d'espoir.

Annexe II

Fiche de lecture 1

Référence complète de l'article

Ruiz, C., Kurkdjian, L. (2007). La santé mentale en population générale: images et réalités. Premiers résultats en région PACA. *L'information psychiatrique*, vol. 83, n ° 10, novembre 2007, p. 821-826.

Claire Ruiz est psychologue clinicienne au Centre hospitalier de Cannes, Chargée de mission CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé), Coordinatrice de l'enquête SMPG PACA (Santé Mentale en Population Générale en région Provence Alpes Côte d'Azur).

Laurence Kurkdjian est Psychologue clinicienne au Centre hospitalier Edouard-Toulouse, Chargée de mission CCOMS.

Objet de l'article:

Les auteurs présentent les premiers résultats de l'enquête SMPG (Santé Mentale en Population Générale) concernant les personnes interrogées dans le sud de la France, en région PACA, dans les villes de Marseille Sud, Toulon, Digne-les-Bains et Cannes, en 2006-2007.

Il est précisé ici qu'il s'agit de résultats ciblés sur une région étant donné que l'étude a été menée à très grande échelle (sur l'ensemble de la France ainsi qu'une partie à l'étranger, et ce sur un échantillon très large).

Il est question dans cet article d'explorer et d'analyser les résultats de la recherche afin de mettre en évidence d'une part la dimension épidémiologique, d'autre part la prévalence des troubles dans la population générale, et enfin d'ouvrir un certain nombre de pistes de réflexion autour de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et des actions déjà entreprises à ce sujet.

Méthodologie de recherche:

Avant de parler de la méthodologie propre à cet article, il semble judicieux de mettre en évidence les méthodes utilisées pour la prospection des résultats présentés.

L'enquête SMPG a été initiée en 1997 par l'ASEP (Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique), en collaboration avec la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

Une première phase a été réalisée entre 1999 et 2004 en France métropolitaine, durant laquelle plus de 37 000 personnes ont été interrogées.

En 2006, une troisième phase a été engagée au niveau national et international (Départements et Territoires d'outre-mer, Belgique, Italie, Espagne, Grèce, Maroc, Mauritanie, Algérie, Tunisie) et en 2007 environ 63 000 personnes avaient été interrogées, dont 9 000 sur les sites internationaux. Les personnes interrogées ont toutes 18 ans ou plus et ont été sélectionnées selon des critères sociodémographiques (âge, sexe, CSP), et ce afin de constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la zone géographique concernée.

Les questions interrogent sur les propres représentations des personnes au sujet des troubles mentaux ainsi que sur l'éventuelle présence passée ou présente de troubles chez elles et les

moyens thérapeutiques utilisés. Une partie du questionnaire s'appuie sur le Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview), outil de diagnostic structuré fiable, court et validé, comportant 120 questions permettant d'aborder 17 pathologies du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies).

L'équipe chargée de mener les entretiens est constituée d'au moins 6 membres; des représentants des services de santé mentale (professionnels de la psychiatrie) ayant la fonction d'encadrants ainsi que des étudiants en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) ayant la fonction d'enquêteurs. Les participants ont reçu une formation de 3 jours par deux formateurs du CCOMS dont un clinicien. Concernant la phase quantitative, les données ont été recueillies sur 900 sites. Les données ont ensuite été saisies avant d'être validées puis exploitées sous une forme statistique. Ce sont ces résultats, du moins ceux concernant la région PACA qui nous sont présentés dans le présent article. Après un rappel général du contenu de l'enquête, les auteurs rendent compte des résultats, en reprenant les principaux items de l'enquête, c'est-à-dire: Qu'est-ce qui peut rendre fou? Qu'est-ce qui peut rendre malade mental? Qu'est-ce qui peut rendre dépressif? Quelles sont les images de la dangerosité par rapport à la maladie/au malade mental? Quels sont ou que peuvent être des recours aux soins?

La méthodologie utilisée par les auteurs vise donc dans un premier temps à la présentation de ces principaux résultats avant de se pencher sur l'aspect épidémiologique de l'enquête, en lien avec le questionnaire MINI. Les auteurs font le choix de ne se pencher que sur les données se rapportant aux troubles dépressifs, à l'anxiété généralisée et aux troubles d'allure psychotique. Enfin, ils s'interrogent sur les actions déjà menées et sur l'importance de les poursuivre et de les réajuster en fonction des résultats.

Cadre théorique, notions et présentation des résultats:

L'initiative de cet article, de l'analyse de ces résultats semble avoir été motivé par la tenue du 3^{ème} congrès international de santé mentale organisé par le Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé, «Stigma».

Ce congrès, regroupant nombre de professionnels de la psychiatrie, de chercheurs, de représentants d'usagers, d'usagers et d'hommes politiques, avait pour objectif de se pencher sur la question de la stigmatisation des personnes malades mentales, de l'état actuel de nos connaissances et des actions concrètes menées et à mener.

Le cadre théorique sous-jacent à l'article s'articule autour de concept et d'auteurs présents lors du congrès, comme la question «...des représentations et de leur relation avec la discrimination et la stigmatisation», posée par Denise Jodelet, ou encore les actions proposées par l'Association pour l'Amélioration des Programmes de Santé Mentale de Genève, présidé par Norman Sartorius.

L'analyse des résultats met en évidence une notion de «vision parcellaire (...), voire quelque peu erronée, des pathologies psychiques», avec une tendance pour la population interrogée à associer maladie mentale et violence ou dangerosité. À noter également qu'un certain nombre de personnes ont refusé de répondre à l'enquête après avoir été informées de sa nature, ou ont informé les enquêteurs qu'elles ne disposaient d'aucune information sur le sujet en question.

Ce qu'il ressort également, et qui paraît pertinent est l'écart entre le vocabulaire de la santé mentale et la compréhension ou l'utilisation qui en est faite par les personnes interrogées;

ainsi la dépression est décrite comme correspondant plus à un épisode de déprime et considérée comme plus «acceptable» par la population que la folie ou la maladie mentale.

Apports de l'article:

Cet article met en évidence un certain nombre de résultats de manière assez claire, en utilisant des tableaux et des graphiques facilement lisibles et accessibles, rendant la lecture de ses derniers non contraignante.

L'article est bien découpé, reprenant les grandes lignes de l'enquête, en allant directement chercher les résultats pertinents, plus susceptibles de nous intéresser, comparant parfois les chiffres présentés à la moyenne nationale, afin de les rendre plus lisibles.

Limites de l'article:

Concernant le volet épidémiologique, les auteurs citent le MINI (mini international neuropsychiatric interview, version CIM), mais n'expliquent pas de quoi il s'agit et ne donne pas de référence dans la bibliographie. Ainsi, comme relevé précédemment, les auteurs constatent un décalage entre le vocabulaire de santé mentale et la compréhension de celui-ci par les personnes interrogées et ne donnent pas de simples outils pour permettre au tout-venant de parcourir de manière optimale les résultats présentés.

En introduction, les auteurs nous parlent d'actions menées, de pistes de réflexion pour mener des actions, mais la discussion ressemble plus à une conclusion des analyses des résultats qu'à une véritable discussion, qui aurait justement proposé des pistes de réflexion et faisant éventuellement référence à des actions à entreprendre.

Si un certain nombre de points négatifs ressortent à la lecture de cet article, il demeure néanmoins intéressant dans ce qu'il nous propose comme piste de réflexion par rapport à l'image que se font les gens de la santé mentale en général, et des conséquences qu'elles peuvent avoir sur leur entourage et sur l'ensemble de la population (dont fait partie le personnel médical).

Ainsi il nous permet de nous rappeler que la stigmatisation, en tout cas la représentation, est une réalité et que malgré une forte participation à cette enquête, il reste des personnes qui ne souhaitent pas parler de santé mentale.

Fiche de lecture 2

Référence complète de l'article

L'article qui a pour titre: «Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers: influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel» est tiré de la revue «L'Information Psychiatrique, vol.83, n° 8, octobre 2007, p. 675-681». C'est une revue scientifique au format IMRED destinée aux professionnels de santé (Infirmières, médecin, psychologues...), ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers ou médecine.

Identité des auteurs: Denise Chevallier, Cadre de santé formateur, Philippe Dunezat, Praticien hospitalier, chef de service Département d'Information Médicale. La promotion 2004-2007 des étudiants infirmiers de Sainte-Marie.

L'objet de l'article:

Les auteurs de l'article nous présentent une recherche effectuée sur les professionnels de santé en soins généraux ainsi que sur des étudiants infirmiers, dans le cadre du module SI4 d'initiation à la recherche. Dans cette recherche, les auteurs cherchent à comprendre les représentations du travail infirmier en psychiatrie chez des soignants en soins généraux, ainsi que les motivations des étudiants infirmiers à s'orienter dans le domaine de la psychiatrie.

Ils se basent sur cette réflexion: «Qui sommes-nous et en quoi le regard de l'autre, s'il ne définit pas ce que nous sommes, participe-t-il à la construction de notre identité, de notre image et donc de notre capacité à exister en tant que sujet?»

Par ailleurs, les auteurs se demandent s'il existe «un lien entre le regard porté sur les soignants travaillant en psychiatrie et celui porté sur les patients, vécu dans les deux cas comme porteurs de représentations plutôt dévalorisantes». Pour finir, les auteurs et les élèves ont ciblé leur travail sur la question «du regard porté par les professionnels de santé sur les soignants travaillant en psychiatrie».

Les objectifs sont divisés en trois phases. Dans la première phase, il s'agit de donner une définition du travail infirmier en psychiatrie, chez les différents professionnels de santé. La deuxième phase se centre sur une hypothèse qui associerait «la méconnaissance du travail de l'infirmier psychiatrique avec une dévalorisation constatée chez les soignants en soins généraux, dû au peu d'attrait de cette discipline chez les soignants dans leur projet professionnel, à court et moyen terme». La troisième phase cible sur «les étudiants en soins infirmiers afin de connaître les futurs professionnels et leur motivation à intégrer le domaine de la psychiatrie».

Méthodologie de la recherche:

Cette étude quantitative et qualitative a été menée entre mars 2006 et février 2007. Des entretiens libres ont été faits auprès de 44 infirmiers et cadres de santé dans des services de médecine, de chirurgie et de gynécologie (MCO). Les 44 infirmiers ont été sélectionnés de manière aléatoire, par téléphone.

La deuxième phase s'est déroulée dans le CHU de Nice et un PSPH (clinique des Sources) au moyen de questionnaires ainsi qu'un entretien face à face comprenant 21 questions fermées, ouvertes et à choix multiples.

Lors de la première phase, les entretiens débutaient par la question de la signification du travail infirmier en psychiatrie.

Le premier questionnaire s'intéresse au type de formation reçue, à l'expérience professionnelle en psychiatrie, à l'existence d'un projet professionnel en psychiatrie, aux représentations du soin, du but de ce soin et de la maladie mentale.

La troisième phase de l'enquête concerne 297 étudiants infirmiers de 3^{ème} année du département des Alpes-Maritimes, dans 5 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Les élèves ont dû répondre à un questionnaire de 10 questions fermées ou à choix multiples. Les sujets abordés sont: «les représentations des étudiants de la psychiatrie et leur évolution à l'issue de la formation, les choix professionnels envisagés à l'entrée en formation et à l'issue de la formation, les facteurs invoqués pour justifier le choix professionnel de ceux qui

choisissait la psychiatrie, et enfin, le regard des futurs infirmiers en psychiatrie sur l'évolution de la spécialité et son impact sur leur projet professionnel».

Nous n'avons pas plus d'informations quant aux moyens utilisés pour mesurer les résultats de ces questionnaires ou de ces entretiens.

Cadre théorique et présentation des résultats:

Cette recherche a été réalisée dans le cadre du module SI4 d'initiation à la recherche. Cette motivation sur la question de la stigmatisation en psychiatrie semble être en lien avec le congrès Stigma 2007 et avec le soutien du département d'information médicale de leur institution.

La recherche montre que 77 % des personnes considèrent la psychiatrie comme une spécialisation. Les résultats concernant les représentations sont en majorité négatifs, les mots utilisés pour définir un patient en psychiatrie sont par ordre décroissant: la peur, l'étrangeté, l'empathie, l'échange, la curiosité, la frustration et l'échec. Pour 88,63 % de l'échantillon, la violence est une caractéristique de ce genre de lieux. On relève aussi la perte de savoir technique (72 %) et la perte de savoirs (56 %). La première phase relève aussi des caractéristiques négatives comme la lisibilité du soin et une charge de travail moins importante.

En ce qui concerne les élèves et leur choix professionnels en début de formation, ils placent la psychiatrie en 4^{ème} choix (8,4 %). Après trois années d'étude, 74,7 % d'entre eux pensent avoir une évolution positive de leur représentation de la psychiatrie et 15,2 % ont un projet professionnel en lien avec la psychiatrie à ce stade de la formation. Cette étude montre que les élèves ont de moins en moins d'attrait pour les spécialisations, ceci est probablement dû aux connaissances et aux compétences nécessaires, mais aussi au coût.

Les facteurs influençant les choix des futurs professionnels voulant travailler en psychiatrie (P) et les autres (E.) sont: la cohérence avec la conception du soin (valeurs professionnelles), 62 % pour E. et 91,1 % pour P. Les facteurs d'ambiance, 69 % pour E. et 75,6 % pour P. Le salaire, l'interaction vie privée/travail et pour finir l'organisation du travail, l'environnement et la possibilité d'évolution, 44,1 % pour E et 28,9 % pour P.

Si l'on observe des écarts entre les élèves, notamment sur la question des valeurs professionnelles ou sur l'ambiance, il n'y a pas d'écarts significatifs concernant les représentations du soin selon les critères suivants: accompagner un patient à évoluer dans un état de santé (62 % pour E et 66,7 % pour P), être à l'articulation d'un projet de soin centré sur le malade (31 % pour E et 33,3 pour P) et aider à guérir une maladie (2 % pour E et 0 % pour P).

Concernant uniquement les élèves qui se destinaient à la psychiatrie et les facteurs favorisant ce choix, les résultats montrent que 73,3 % pensent que leur motivation vient des rencontres avec les professionnels et avec les patients. 57,8 % d'entre eux donne de l'importance aux cours des intervenants extérieurs et à l'IFSI et aux formateurs. Pour finir, les stages ont une certaine influence (55.6 %) ainsi que l'histoire de vie (33.3 %). Pour 73,4 % d'entre eux, la psychiatrie est en bonne voie d'évolution, pour 20 % d'entre eux c'est sans importance et pour 2,2 % voient une évolution défavorable.

Pour finir, les auteurs mettent en avant une représentation bien connue, celle de la différenciation entre le somatique et le psychique, de la tâche technique et du relationnel. L'étude montre que 73 % des professionnels interviewés considèrent la psychiatrie comme

une technique particulière, les auteurs se posent alors la question suivante: «Qu'en est-il de la qualité des soins effectués quand un patient atteint de pathologie mentale souffre de pathologies somatiques et est pris en charge dans un service? ». En effet, 89 % des soignants en soins généraux n'avaient eu aucune formation continue sur la maladie mentale, mais 72 % pensaient que cela serait utile dans leur pratique.

Limites de l'article: Cet article n'est pas clair sur plusieurs points. Tout d'abord, les choses ne sont pas tout à fait dans le bon ordre, et elles manquent aussi de précision. Dans les premiers paragraphes par exemple, on trouve de la méthodologie, mais dans la partie méthodologie, il manque des informations, nous ne savons pas où sont faits les premiers entretiens et nous n'avons pratiquement aucun élément concernant les outils d'analyse. Ensuite, un tiers des résultats se trouve avant la partie «Résultats», un autre tiers est dans cette partie et le dernier tiers dans la partie «Discussion».

Pour finir, cette étude traite plutôt des choix professionnels des futurs diplômés que des représentations que ceux-ci se font de la psychiatrie. Il aurait été intéressant d'approfondir le sujet sur la question de la différenciation des soins somatiques et relationnels

Apports de l'article: Il est intéressant de voir le sujet des représentations sous un autre angle, c'est à dire pas directement lié aux patients de psychiatrie eux-mêmes, mais aux soignants pouvant exercer dans cette discipline. Il en ressort que le travail de ces soignants est peu connu, et mal jugé, voire dévalorisé par les soignants en soins généraux. Les représentations des soignants en soin généraux, n'ayant pas eu de formation continue en santé mentale, sont finalement proches de celles de la population générale.

Le travail en psychiatrie pourrait se résumer en quelques mots: perte de savoir technique, violence, charge de travail moindre, peur et étrangeté. Nous pouvons alors nous poser la question de l'influence de ces représentations négatives des soins en psychiatrie sur un patient souffrant d'une maladie psychique, mais nécessitant des soins au niveau somatique.

Annexe III

La définition des addictions selon Goodman (1990):

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants:
 - 1) Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2) Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3) Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4) Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 - 5) Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6) Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7) Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - 8) Tolérance marquée, besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9) Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Annexe IV

Perspective infirmière selon Travelbee

Dans son livre, Travelbee analyse trois critères appartenant à la pyramide de Maslow. À travers la pyramide de Maslow, nous voyons quels sont les besoins nécessaires à la survie de l'homme. Cependant, celui-ci peut avoir satisfait tous ces besoins sans pour autant être en bonne santé mentale, car la santé mentale «n'est pas quelque chose que l'on possède, mais quelque chose que l'on est».

Le premier est «l'amour de soi et l'amour des autres».

S'aimer n'est pas un sentiment prétentieux, mais plutôt une forme d'authenticité envers soi qui pousse l'être humain à mieux se connaître, à avoir confiance en soi, à s'accepter et à se respecter.

Les patients qui souffrent d'une ou plusieurs addictions sont déjà dans une forme de fuite de soi, cela montre la difficulté qu'ils ont à s'aimer et à se respecter. Or, «comme l'on donne uniquement ce que l'on a, il est impossible d'aimer et de respecter les autres si l'on n'a pas d'abord l'amour et le respect de soi-même» «Le fondement de notre capacité à nous centrer sur les autres êtres humains, c'est-à-dire à nous dépasser pour aller vers eux, repose sur l'authenticité même de notre moi» (p.8).

D'où l'importance pour l'infirmière d'établir une relation de confiance, qui lui permettra par la suite de soutenir et d'accompagner le patient vers plus de clarté vis-à-vis de lui-même.

«C'est dans l'action que se manifeste notre amour de l'humanité; un comportement altruiste, donc sensible à autrui, est en quelque sorte contagieux et prolifère» (p.9).

Le second critère est celui de «Faire face à la réalité».

Pour pouvoir voir la réalité telle qu'elle est, il faut pouvoir se vivre pleinement dans son identité, avoir le sentiment d'être une personne autonome, différente des autres, ayant un certain contrôle sur son comportement.

«L'aptitude à affronter la réalité, c'est aussi l'acceptation des potentialités et des limitations propres à la condition humaine» «On dit de quelqu'un qu'il est capable de faire face à la réalité lorsqu'il accepte tous les sentiments inhérents à la condition humaine: la joie, l'amour, le bonheur, la maladie, la solitude, le remord, la dépression, ainsi que toutes les émotions conflictuelles (spécialement l'ambivalence torturante de l'amour et de la haine) qui parsèment l'existence. Il faut beaucoup de courage pour vivre. La réalité est, à certains moments, dure et déprimante; mais tenter de s'y dérober risque de devenir encore plus insupportable. C'est au sein de situations de crise ou de conflit qu'une personne a l'occasion de croître et même de se surpasser» (Travelbee, p.11). La vision de l'auteur est que la maladie offre l'occasion de se reconstruire et de chercher un sens à sa vie, pour continuer à grandir et à maintenir notre équilibre psychique.

Donner un sens à sa vie

«Il importe de souligner que l'on ne peut donner un sens à sa vie que si l'on a acquis le sentiment de son identité propre comme personne autonome, différente des autres» (Travelbee, p.12).

Dans le domaine des addictions, la maladie prend de plus en plus de place, jusqu'à devenir le pilier central de la vie de la personne. En occupant la quasi-totalité de l'espace dans la vie de quelqu'un, la consommation a des conséquences telles que la perte des relations sociales et familiales, la perte de son travail, la perte des activités de loisirs, etc. Lorsque la personne décide de se soigner, elle doit apprendre à remplacer le vide que la consommation a créé avec le temps.

Les neuf buts de la relation d'aide:

1: Aider le malade à faire face à ses problèmes présents.

Il s'agit de travailler dans l'ici et maintenant, avec le malade, et non pas d'aller chercher les causes dans l'inconscient. L'histoire du patient est évidemment nécessaire, mais nous nous préoccupons de son problème actuel.

N'oublions pas qu'il y a toujours un écart entre la description du malade et la perception qu'en ont les soignants.

2: Aider le malade à saisir ses problèmes.

Pour cela l'infirmière doit recueillir des informations sur les problèmes du malade tel qu'il les perçoit.

3: Aider le malade à se rendre compte qu'il participe à une expérience vécue.

Le malade est acteur dans les soins. «Que peut-il faire pour s'aider lui-même?» Il est important que la personne prenne conscience que ce qu'elle fait, pense et ressent a un impact sur l'amélioration ou la péjoration de son problème.

«La praticienne doit s'efforcer d'aider le malade à conquérir ou reconquérir le sens de l'immédiateté, de son vécu et de son individualité».

4: Aider le malade à faire face avec réalisme aux problèmes, à mesure qu'ils surgissent.

La personne malade modifie la perception qu'elle a de ses problèmes, et au fil de la relation d'aide, elle exprime ses difficultés de manière plus profonde.

Pour cela, il doit pouvoir progresser dans une relation de confiance, afin de se sentir libre d'exprimer ses sentiments.

5: Aider le malade à envisager plusieurs possibilités.

Il s'agit d'aider le malade à reconnaître ses ressources, ainsi qu'à relativiser afin de pouvoir trouver diverses solutions à son problème.

6: Aider le malade à essayer de nouveaux modèles de comportement.

Le but ici est d'aider le malade à reprendre confiance en lui-même afin qu'il puisse retrouver ses capacités de planifier, de communiquer, de réaliser des projets et d'en apprécier les résultats. C'est à travers la réalisation de petites choses que l'on reçoit de la reconnaissance, ce qui est à notre avis nécessaire pour trouver de la motivation au quotidien.

Dans la relation avec le malade, l'infirmière va le soutenir, l'accompagner, lui parler et l'écouter, ce qui aidera ce dernier à aller vers les autres, à s'ouvrir, à reprendre confiance et à communiquer. Le fait de pouvoir vivre une relation satisfaisante avec une personne donne de l'espoir au malade quant à la possibilité de reproduire cela avec d'autres. L'infirmière et le patient cherchent ensemble un nouveau mode de comportement et ils évaluent ensemble si cela a réussi ou non.

7: Aider le malade à communiquer.

Favoriser l'échange de sentiments et d'idées.

8: Aider le malade à établir des contacts sociaux.

Favoriser l'intérêt pour les activités de groupes afin d'améliorer l'aptitude à parler avec gens. Aider le patient à établir des relations qui ont un sens et qui ne restent pas superficielles.

9: Aider le malade à trouver un sens à sa maladie.

L'objectif est que celui-ci puisse comprendre les raisons qui l'amènent à vivre ses expériences de vie et sa souffrance en lien avec sa maladie. Nous pouvons aussi l'aider à comprendre que la maladie et la souffrance peuvent aussi être une opportunité de comprendre certaines choses, de grandir, de se reconstruire.

Dans la recherche de la cause de sa maladie, le patient peut passer par une phase dans laquelle il blâme les autres. Cette phase est souvent nécessaire, mais elle peut aussi devenir un obstacle pour l'infirmière qui devra alors aider le patient afin qu'il puisse percevoir les choses sous un autre angle.

Les soignants aussi ont besoin d'être vigilants afin de ne pas blâmer une personne de l'entourage comme la mère par exemple ou les parents, car cela déresponsabilise le patient et peut provoquer un fort sentiment de culpabilité chez les parents.

«Une personne émotionnellement troublée à besoin d'une raison de vivre pour supporter en quelque sorte le comment vivre».

L'infirmière ne peut qu'aider et soutenir le patient dans cette recherche, elle ne peut et ne doit pas trouver un sens à sa place. «L'infirmière s'applique à comprendre l'attitude des malades devant la souffrance et leur façon de s'en accommoder».

Techniques, comme moyens d'atteindre les buts généraux et particuliers:

Aider le malade à s'exprimer oralement: «Grâce à des entretiens avec une praticienne habile, le malade identifie ses difficultés, apprend à les envisager avec réalisme, entrevoit des nouveaux comportements possibles et essaie de les vivre».

Aider le malade à préciser ce qu'il dit.

Aider le malade à se concentrer sur un sujet (éviter l'évitement, l'éparpillement et baisser l'anxiété).

Aider le malade à distinguer la cause de l'effet.

Aider le malade à comprendre qu'il participe à ce qui lui arrive dans la vie.

Aider le malade à envisager des possibilités d'agir autrement.

Les causes de l'échec de la communication:

Ne pas écouter

Selon Travelbee, «savoir écouter est une qualité à développer au cours du processus interpersonnel et l'on doit entretenir l'espoir que l'infirmière jouit d'une certaine expérience dans la pratique de cet art, en vérité fort difficile» (p.73).

Cependant, il existe plusieurs raisons qui peuvent modifier la qualité de ce soin tel que: la fatigue, le stress, le manque d'intérêt pour le malade ou même de l'aversion envers celui-ci, l'impossibilité de mettre de côté ses propres problèmes, le niveau élevé d'anxiété du malade ou du soignant, le devoir de faire d'autres tâches (remplir des papiers, transmissions écrites, etc.). C'est important que les infirmières puissent prendre du temps pour penser. Ce moment leur permettra de se ressourcer, et d'agir de manière réfléchie.

Si le patient est anxieux, il peut avoir de la difficulté à écouter, c'est pourquoi l'infirmière doit dans un premier temps l'aider à diminuer son anxiété, afin qu'il puisse être à l'écoute de ce qu'on lui transmet.

Pour Travelbee, «écouter est un processus actif» (p.74), dans lequel il ne suffit pas d'avoir l'intention d'écouter, mais à cela s'ajoute un effort quotidien pour exercer et cultiver cet art. Elle nous dit aussi qu'«écouter, c'est s'impliquer totalement» (p.74), car nous pouvons saisir l'occasion pour aller véritablement à la rencontre de l'autre ou nous pouvons simplement entendre ce qu'il dit, sans chercher à comprendre le sens que cela a pour lui. Lorsqu'elle exerce sa profession, l'infirmière a une obligation morale d'écouter le patient, sans quoi le

message implicite qu'elle lui donne est qu'il n'est pas digne qu'une personne lui consacre du temps.

Interpréter inexactement un message

Nous savons qu'une même phrase peut être interprétée de plusieurs manières différentes. Mais si les deux personnes se connaissent parfaitement, il y a plus de probabilités qu'ils interprètent le message correctement que s'ils sont des étrangers l'un pour l'autre. Au début de l'interaction avec le patient, l'infirmière ne connaît généralement pas le malade, c'est pourquoi elle doit se méfier des conclusions hâtives, car «si son interprétation est mauvaise, on peut croire que l'intervention manque d'à-propos ou qu'il n'y aura tout simplement pas d'intervention» (p.76). Pour interpréter au plus juste, elle doit toujours vérifier que ce que le patient dit est bien ce qu'il a voulu dire. Car cette interprétation découlera sur une intervention, et si il y a un malentendu, l'intervention sera dépourvue de sens. Donc nous pouvons dire que plus l'infirmière connaît le patient, plus elle est capable de décoder le non verbal, et plus elle fera l'exercice de vérifier avec lui la signification de ses propos, plus l'interprétation sera précise.

Les niveaux d'interprétation: L'affirmation gratuite (absence de vérification et de justification); Le niveau de l'opinion (interprétation subjective basée sur l'expérience personnelle); Le niveau de la supposition (interprétation provisoire soumise à la discussion, avec justification, l'auteur admet qu'il puisse y avoir d'autres interprétations justes); Le niveau de l'hypothèse (supposition susceptible de vérification). Le niveau de l'hypothèse étant celui que nous devrions rechercher le plus souvent (Travelbee, p.31).

Ne pas se concentrer sur les problèmes du malade

L'ignorance de l'infirmière peut l'empêcher d'identifier les problèmes du malade. Son manque d'expérience peut être un facteur d'anxiété, et cela retiendra l'attention de l'infirmière qui sera plus focalisée sur ses sentiments que sur ceux du patient. La volonté d'appliquer parfaitement la technique peut avoir le même effet. Non seulement elle sera moins attentive aux problèmes du patient, mais aussi à son ressenti, qui est un facteur essentiel pour garder de la souplesse et du naturel dans la relation. Enfin, la volonté de se rappeler des propos du patient afin de les noter dans le dossier peut aussi empêcher l'infirmière d'être dans le moment présent, attentive à tout ce qui se passe. Mais selon Travelbee, «la cause majeure est probablement l'immaturation, c'est-à-dire l'incapacité de sortir de son égocentrisme pour se tourner résolument vers l'autre personne qui est le malade» (p.78).

Sortir du sujet

Chaque personne peut avoir consciemment ou inconsciemment l'envie d'éviter un sujet parce qu'il crée en lui un malaise. C'est pourquoi l'infirmière doit être au clair avec ses propres sentiments, valeurs et limites, afin de pouvoir continuer au mieux à écouter le patient, à l'orienter et à structurer l'interaction, de manière à ce que ni elle, ni lui ne s'écartent du problème dans la discussion.

Au début de son parcours, l'infirmière ou l'étudiante peut ressentir le besoin de trouver des solutions ou des réponses magiques qui résoudraient les problèmes assez rapidement. Cependant, en précipitant les choses, l'infirmière ne suit pas le rythme du patient et risque fort de trouver des solutions inappropriées. Par ailleurs, il est possible que l'infirmière soit intéressée à parler d'un sujet en particulier alors que le patient préfère parler d'autre chose,

dans ce cas nous ne devons pas oublier de suivre les besoins du patient, sauf si le sujet choisi par le patient ne le concerne pas directement.

Enfin, si le patient décide lui-même qu'il n'est pas à l'aise avec un sujet et qu'il change de discussion, l'infirmière peut mettre des mots sur ce malaise, et en reconnaissant qu'il est difficile pour lui de parler de ce problème, elle diminue déjà une partie de son anxiété et relance la possibilité d'un dialogue.

Parler trop ou parler trop peu

Les patients peuvent utiliser des techniques pour nous faire parler et ainsi éviter que l'on parle d'eux. C'est à nous d'en prendre conscience et de recentrer la conversation sur eux. Aussi, une infirmière qui est mal à l'aise face au silence peut avoir envie de combler le vide par la parole. Mais elle doit apprendre à reconnaître qu'il s'agit de son malaise, afin de savoir si il est bon de relancer le patient dans la discussion ou si il est préférable d'entretenir un silence positif. À l'inverse certaines infirmières ne sont pas suffisamment actives dans l'interaction. Or, «la sensibilité de l'infirmière se communique au malade. Celui-ci se rend bien compte qu'elle l'écoute, s'intéresse à lui, dirige l'entretien tout en y participant activement en elle-même» (Travelbee, p.79). Les émotions des infirmières sont leurs outils de travail. En se montrant insensibles, elles passent non seulement pour des machines dépourvues de cœur, mais elles se privent d'éléments essentiels au fonctionnement d'une relation d'aide.

La réassurance inefficace

Pour l'infirmière il s'agit si possible d'aider le malade à identifier ses problèmes et soulager la souffrance engendrée par ceux-ci et si cela n'est pas possible, elle essaye alors d'être suffisamment contenante et gentille pour lui insuffler du courage et de l'espoir afin qu'il puisse tolérer ses difficultés. Alors, «la réassurance est ainsi l'acte par lequel on aide quelqu'un à reprendre ou à retrouver l'assurance perdue» (Travelbee, p. 80).

Or, le manque de connaissances et d'expériences peut déstabiliser l'infirmière, la rendre anxieuse ou l'empêcher de trouver ses mots. Une infirmière qui a besoin de plaire et d'être aimée dira plutôt des phrases qui iront dans le sens du patient par peur de déplaire.

Les petits discours d'encouragement

Ici, Travelbee nous rend attentifs à la notion d'autonomie, que l'on met souvent en avant en mettant l'attention sur le fait que si les patients sont là, certes ils souhaitent avoir une certaine autonomie, mais ils ont besoin de l'aide d'autrui. En effet, si la personne malade doit être actrice de ses soins et autonome si possible, il ne faut pas se désengager de la relation, car, si le changement doit venir du malade lui-même, il n'en est pas moins nécessaire pour lui d'être aidé et guidé dans la réalisation de cette tâche. Si il n'avait pas besoin de l'implication véritable d'une autre personne, il ne serait pas en psychiatrie, c'est pourquoi, nous l'auteur nous suggère d'éviter de banals encouragements.

L'incapacité d'adapter les techniques de communication

Pour Travelbee, «adhérer de façon rigide à une approche ou à un ensemble de techniques de communication peut nuire au processus d'interaction» (p.82). Il est nécessaire que l'infirmière s'appuie sur des techniques de relation, mais ces techniques ne doivent pas prendre le dessus sur la spontanéité et le naturel du soignant, car nous sommes des êtres humains et nous devons nous adapter aux situations toujours changeantes. Nous pouvons utiliser la théorie comme un outil, qui serait à notre image et qui s'adapterait à notre rythme.

Annexe V

Art. 59 du Code Pénal Suisse:

1 Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes:

- a. l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble.
- b. il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.

2 Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures.

3 Le traitement s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions. Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al. 2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié.

4 La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois.

Annexe VI

Définition du diagnostic selon la CIM-10 (Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes)

F60-3 Personnalité émotionnellement labile

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés.

(...) type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTODOMMAGEABLES DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME INTENSIF DE THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE

Blanchon B, Charlemagne Y, Kunckler J-J, Pascal C, Pépin C (infirmier(e)s) ; Dieben K, Nicastro R (psychologues)

Département de Psychiatrie - Programme CARE

Introduction: Le programme CARE (Comportements Autodommageables et Régulation Émotionnelle) s'adresse aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline et présentant des comportements autodommageables à visée suicidaire ou non. Il existe depuis 1997 et applique la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) de Marsha M. Linehan¹. Il est composé de deux prises en soins : un programme intensif de 4 semaines et un programme standard d'un an. L'efficacité du programme intensif, spécificité genevoise, a été démontrée par la diminution significative des scores de dépression et de désespoir². Nos observations cliniques nous indiquent également une nette diminution des comportements autodommageables. Selon Linehan, un comportement autodommageable est une tentative inadaptée de gérer des émotions intenses et/ou une conséquence directe de la dysrégulation émotionnelle à la base du trouble. Il nous semble important de mesurer de façon objective la diminution de ces comportements dans le cadre de notre programme intensif.

Objectif: Évaluer le type et la fréquence des comportements autodommageables des participants du programme intensif. Seront relevés uniquement les comportements que la personne souhaite travailler et qui font l'objet d'un contrat d'engagement signé conjointement avec le thérapeute individuel.

Méthode: Face à la variabilité du suivi individuel des patients, nous avons décidé de mesurer le nombre et le type de comportements autodommageables durant le maximum de semaines précédant et suivant la participation au programme intensif. Chaque thérapeute sera responsable du relevé de ces mesures lors des entretiens individuels.

Les relevés porteront sur 4 périodes :

- 1) les 4 semaines précédant le 1^{er} entretien individuel
- 2) les semaines (max. 5) de suivi pré-intensif
- 3) les 4 semaines du programme intensif
- 4) les semaines (max. 5) de suivi post-intensif

Hypothèses:

- diminution des comportements autodommageables avec et sans lésion corporelle pendant les périodes 2) et 3)
- maintien de cette diminution durant la période 4)

Question de recherche: le programme intensif est-il efficace dans la diminution des comportements c) ?

Conclusion:

La perspective de cette étude a amené une cohésion d'équipe du programme CARE autour d'un projet commun ainsi que le désir de faire preuve davantage de rigueur dans l'utilisation des données cliniques que le travail avec les patients nous fournit.

Références

¹ Linehan MM. (2000) Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité étiat-limite. Genève : Médecine et Hygiène.

² McQuillan A, Nicastro R, Guenet F, Grand M, Lissner C & Ferrero F. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 56, 193-197.

Cadre: le programme intensif est composé de 12 heures d'enseignement de compétences en groupe par semaine et d'au minimum un entretien individuel hebdomadaire.

Sujets: tout participant au programme intensif entre novembre 2006 et octobre 2007.

Outil: carte répertoriant 3 catégories de comportements:

- a) autodommageables avec lésion corporelle
- b) autodommageables sans lésion corporelle
- c) impulsifs interférant avec la qualité de la vie

NOM		PRENOM		PROFESION		DATE DE NAISSANCE		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
<p>PROFESIONNELS</p> <p>Psychiatre</p> <p>Psychologue</p> <p>Infirmier</p> <p>Secrétaire</p> <p>Autre</p>											
<p>PROFESIONNELS</p> <p>Psychiatre</p> <p>Psychologue</p> <p>Infirmier</p> <p>Secrétaire</p> <p>Autre</p>											
<p>PROFESIONNELS</p> <p>Psychiatre</p> <p>Psychologue</p> <p>Infirmier</p> <p>Secrétaire</p> <p>Autre</p>											

Annexe VIII

Allégorie de la Caverne de Platon (vers 420-340 av. J.-C):

Figure-toi des hommes dans une demeure souterraine en forme de caverne, dont l'entrée, ouverte à la lumière, s'étend sur toute la longueur de la façade; ils sont là depuis leur enfance, les jambes et le cou pris dans des chaînes, en sorte qu'ils ne peuvent bouger de place, ni voir ailleurs que devant eux; car les liens les empêchent de tourner la tête; la lumière d'un feu allumé au loin sur une hauteur brille derrière eux; entre le feu et les prisonniers, il y a une route élevée; le long de cette route, figure-toi un petit mur, pareil aux cloisons que les montreurs de marionnettes dressent entre eux et le public et au-dessus desquelles ils font voir leurs prestiges.... Figure-toi maintenant le long de ce petit mur des hommes portant des ustensiles de toute sorte, qui dépassent de la hauteur du mur, et des figures d'hommes et d'animaux, en pierre, en bois, de toutes sortes de formes; et naturellement parmi ces porteurs qui défilent, les uns parlent, les autres ne disent rien.... Penses-tu que dans cette situation ils aient vu d'eux-mêmes et de leurs voisins autre chose que les ombres projetées par le feu sur la partie de la caverne qui leur fait face?.... Et des objets qui défilent n'en est-il pas de même?.... Dès lors, s'ils pouvaient s'entretenir entre eux, ne penses-tu pas qu'ils croiraient nommer les objets réels eux-mêmes, en nommant les ombres qu'ils verraient?.... Et s'il y avait aussi un écho qui renvoyât les sons du fond de la prison, toutes les fois qu'un des passants viendrait à parler, crois-tu qu'ils ne prendraient pas sa voix pour celle de l'ombre qui défilerait?.... Il est indubitable...qu'aux yeux de ces gens-là la réalité ne saurait être autre chose que les ombres des objets confectionnés.... Examine maintenant comment ils réagiraient, si on les délivrait de leurs chaînes et qu'on les guérit de leur ignorance, et si les choses se passaient naturellement comme il suit. Qu'on détache un de ces prisonniers, qu'on le force à se dresser soudain, à tourner le cou, à marcher, à lever les yeux vers la lumière, tous ces mouvements le feront souffrir, et l'éblouissement l'empêchera de regarder les objets dont il voyait les ombres tout à l'heure. Je te demande ce qu'il pourra répondre, si on lui dit que tout à l'heure il ne voyait que des riens sans consistance, mais que maintenant plus près de la réalité et tourné vers des objets plus réels, il voit plus juste; si enfin, lui faisant voir chacun des objets qui défilent devant lui, on l'oblige à force de questions à dire ce que c'est: ne crois-tu pas qu'il sera embarrassé et que les objets qu'il voyait tout à l'heure lui paraîtront plus véritables que ceux qu'on lui montre à présent?.... Et si on le forçait à regarder la lumière même, ne crois-tu pas que les yeux lui feraient mal et qu'il se déroberait et retournerait aux choses qu'il peut regarder et qu'il les croirait réellement plus distinctes que celles qu'on lui montre?.... Et si, on le tirait de là par la force, qu'on lui fit gravir la montée rude et escarpée, et qu'on ne lâchât pas avant de l'avoir traîné dehors à la lumière du soleil, ne pense-tu pas qu'il souffrirait et se révolterait d'être ainsi traîné, et qu'une fois arrivé à la lumière, il aurait les yeux éblouis de son éclat, et ne pourrait voir aucun des objets que nous appelons à présent véritables?.... Imagine encore ceci, repris-je; si notre homme redescendait et reprenait son ancienne place, n'aurait-il pas les yeux offusqués par les ténèbres, en venant brusquement du soleil?.... Et s'il lui fallait de nouveau juger de ces ombres et concourir avec les prisonniers qui n'ont jamais quitté leurs chaînes, pendant que sa vue est encore confuse et avant que ses yeux se soient remis et accoutumés à l'obscurité, ce qui demanderait un temps assez long, n'apprêterait-il pas à rire et ne diraient-ils pas de lui que, pour être monté là-haut,

il en est revenu les yeux gâtés, que ce n'est même pas la peine de tenter l'ascension; et, si quelqu'un essayait de les délier et de les conduire en haut, et qu'ils pussent le tenir en leurs mains et le tuer, ne le tueraient-ils pas? – Ils le tueraient certainement, dit-il (514 b, 517 c).

Annexe IX

Extrait de la démarche de Soins de Mlle Amo

Il s'agit ici d'une présentation simplifiée de la démarche de soins concernant Mlle Amo. Les points concernant son histoire de vie et de maladie ainsi que son parcours au sein de l'institution ont été abordés dans l'étude de cas et ne sont par conséquent par repris ici.

De plus, dans un souci de respect de la confidentialité, certains aspects de son parcours carcéral ont été volontairement supprimés.

Concernant le cadre théorique ayant servi à établir cette dernière, il a été largement développé dans le travail de bachelor, aussi il ne figure plus dans cette version de la démarche de soins.

Les traitements ont été également supprimés et ne sont conservés que les diagnostics infirmiers.

Concernant le réseau de l'unité, seul figure ce qui est en lien avec l'aspect pénal de la situation. Les noms des foyers et associations de réinsertion ont également, par souci de confidentialité, été supprimés.

Le réseau de l'unité:

- * Le TAPEM (Tribunal d'Application des Peines et Mesures), habilité à statuer sur toutes les procédures postérieures à un jugement pénal par le juge, à raison d'au moins une fois par an.
- * La Commission d'indication, dont la mission est d'indiquer le lieu de travail ou le placement en foyer, de manière la plus adaptée avec la situation du patient.
La Commission de dangerosité, regroupant 9 professionnels (psychiatres, juges et procureurs), ayant pour but d'évaluer le risque de récidive et de dangerosité de la personne.
Cependant, l'unité ne travaille pas en lien direct avec ces trois instances.
Le premier interlocuteur de l'unité, en lien avec les aspects juridiques, est le SAPEM (Service d'Application des Peines et Mesures), garant de l'application des décisions pénales et chargé de la décision du lieu de traitement pour l'art.59, et d'informer le Procureur général en cas de non-respect des obligations de traitement.
Le SAPEM est l'instance à laquelle sont envoyées les demandes de sorties du domaine des patients pour se rendre sur leur lieu de travail ou en permissions, accompagnés ou non d'un soignant.

Cadre de soins:

Le cadre de soins repose sur plusieurs concepts thérapeutiques:

- ⇒ Un accompagnement individuel comprenant: des entretiens infirmiers une fois par semaine; des entretiens médico-infirmiers une fois par semaine; des entretiens sociaux sur demande; un programme personnalisé en fonction des différents objectifs de soins fixés par le patient; la préparation et la prise des traitements médicamenteux de manière autonome (sous supervision d'un soignant), dans un but de réhabilitation; une éducation et un accompagnement dans les activités de la vie quotidienne. Un accent est mis sur l'autonomie,

demandant aux patients de rédiger eux-mêmes leurs demandes de sortie adressées à la Dresse puis au SAPEM; un travail groupal structuré et adapté, répondant aux objectifs thérapeutiques des patients.

La visée principale de ce cadre de soins est une visée de réhabilitation et de réinsertion par le travail, un retour progressif dans la société et un renouement ou un renforcement des liens familiaux et sociaux des patients.

À chaque rupture du cadre thérapeutique (selon l'évaluation de l'équipe soignante), un retour à un programme pavillonnaire strict est imposé par le médecin intervenant.

Ce programme doit être maintenu jusqu'au prochain entretien médico-légal.

Le groupe:

Organisation d'un groupe:

Structure informelle et d'affinité.

Notion de rôle centré sur: la tâche et la cohésion.

Rôles parasites au sein du groupe.

Statut n'est pas forcément significatif du rôle dans le groupe,

celui qui prend la parole, à quel besoin du groupe répond-il? Ou pas?

- Possibilité de donner à une personne un autre rôle que dans la vie.

Mayo: 1927/1929

Approche psychosociologique du travail: étude sur le moral et les facteurs de rendement d'une équipe de travail.

- Donner envie
- Responsabilité
- But
- Implication
- Créer des liens, renforcer des liens à l'extérieur
- Améliorer le moral et le climat dans le groupe

Kurt Lewin (1944) :

Dynamique des groupes: Le changement de comportement chez un individu peut changer toute la dynamique du groupe.

La dynamique du groupe peut influencer l'individu.

Groupes thérapeutiques en psychiatrie:

Créer une atmosphère, un climat => entrer en relation, faire un travail sur soi et sur sa façon d'être en relation avec les autres.

Yalom (1995) :

Facteurs thérapeutiques

- Interaction
- Information
- Universalisation: je ne suis pas seul à vivre ce genre de chose
- Altruisme: rôle de valorisation

Anzieu (1974) :

Le groupe possède son propre inconscient et fonctionne comme une enveloppe psychique.
Le groupe devient un seul individu.

Est également engagé un travail sur la séparation; Mlle A. montre dans son parcours que les séparations (familiales, amicales, compagnons) ont toujours été chaotiques, l'amenant dans le passé à des passages à l'acte.

Par ailleurs, sur le plan somatique, la patiente présente, en lien avec sa problématique de trouble alimentaire et de sa prise de traitement, une obésité, avec un poids de 89 kg pour 165cm (BMI=33).

De par sa structure de personnalité borderline, un cadre de soins adapté aux besoins de Mlle Amo. a été mis en place en accord et avec la participation de la patiente sur les aspects suivants:

Contrat de soins:

Utilisation, en groupe, d'un code visuel convenu, afin de s'aider à stopper les manifestations de l'anxiété.

Respect du planning des entretiens

Travail sur le contenu des entretiens (comportements inadaptés, facteurs d'anxiété ou d'angoisse et gestion de leurs manifestations, regroupement des demandes).

Demander de l'aide en cas de problème

Accepter, au quotidien, de travailler sur le rangement et le «soin de soi».

Tenter de parvenir à faire son autocritique sur ses comportements inadaptés et à reproduire les stratégies qui marchent.

De leur côté, les soignants s'engagent à 2 entretiens infirmiers de 30 minutes par semaine avec comme axes de travail:

1. les comportements inadaptés
2. les facteurs d'angoisses ou d'anxiété et la gestion de leurs manifestations

Chaque jour un court entretien de 10 minutes afin de centraliser les demandes pour le lendemain et permettre de déposer la tension en dehors de l'espace groupal.

L'utilisation en groupe d'un code convenu afin d'aider Mlle A. à stopper les manifestations de l'anxiété (se gratter le nez).

Diagnostiques infirmiers:

Données	Actions	Résultats attendus	Résultats obtenus
<p>Anxiété</p> <p><u>Facteurs favorisants:</u></p> <p>Situation imprévue, soudaine Peur de ne pas faire son travail dans les temps</p> <p><u>Manifestations:</u></p> <p>La patiente ne regroupe pas ses demandes, peut avoir une attitude «envahissante» manifestée par des demandes incessantes (pour attirer l'attention sur elle), des prétextes «somatiques» à une entrée en relation (maux de tête, montées d'angoisse, demande de prise des signes vitaux).</p>	<p>Quand une situation susceptible de générer du stress se présente sur le lieu de travail:</p> <p>Marcher un peu Fumer une cigarette Faire des exercices de respiration Écouter de la musique Prendre l'air Parler avec le chef d'atelier</p> <p>À son retour du travail:</p> <p>Un court entretien infirmier afin de faire le point sur la journée, la gestion de ses réserves et l'efficacité ou non des stratégies mises en place.</p>	<p>Ne plus se servir des réserves de Temesta expidet 2.5mg sur son lieu de travail et, à moyen terme de revoir la prescription à la baisse (1.25mg).</p>	<p><u>J1</u></p> <p>Mlle Amo. signifie avoir pu gérer son anxiété durant le travail grâce à plusieurs stratégies mises en place avec l'équipe soignante, stratégies qui selon ses dires lui ont permis d'atténuer son anxiété.</p> <p><u>J2</u></p> <p>Au cours d'une permission pour dormir chez une amie, la patiente est prise d'angoisse et semble avoir de la difficulté à gérer la situation. Elle joint l'infirmier de nuit par téléphone qui la rassure. Mlle A. écourte sa permission et rentre tôt le matin dans l'unité: elle verbalise ses symptômes et l'angoisse tombe.</p>

Les autres difficultés exprimées par la patiente n'ont pas encore fait l'objet d'une mise en place formelle de stratégies avec la patiente.

Cependant, concernant la problématique du sommeil, Mlle Amo. nous dit que depuis un certain temps, elle arrive parfois à rester dans sa chambre et à occuper son temps en écoutant de la musique ou en jouant à des jeux sur son téléphone portable. Reste à évaluer à quelle fréquence elle parvient à rester seule dans sa chambre, et si elle ne pouvait pas mettre en place d'autres stratégies, au risque que celles déjà en place ne soient pas suffisantes.

Une problématique n'ayant pas ressurgi durant les deux entretiens infirmiers, sans doute du fait qu'ils étaient conduits par des hommes, demeure celle de la conduite alimentaire de la patiente et de ses crises de boulimie sans vomissements. La patiente a pu exprimer ses difficultés auprès d'une infirmière du service, et l'équipe ainsi que la psychiatre ont pu échanger à propos des possibilités qui pourraient s'ouvrir à elle pour entreprendre des démarches afin de travailler sur cette problématique, ressurgissant (rencontre avec une diététicienne, travail autour de l'image corporelle...).

Actuellement, Mlle Amo. est en cours d'emploi dans un atelier protégé, à un poste de conditionnement. Elle travaille à raison de 4 demies-journées par semaine et est rémunérée selon le deuxième échelon de sa catégorie (ce qui signifie une progression au niveau du salaire horaire).

Une levée de l'article 59 al.2 du CP au bénéfice de l'article 59 al.1 du CP a été prononcée courant février, impliquant une fin d'hospitalisation pour Mlle Amo., sous condition d'un suivi en ambulatoire ainsi que d'un placement dans un foyer spécialisé.

Mlle Amo. est sur liste d'attente dans un foyer, dans lequel elle a déjà effectué un stage. Les dernières informations concernant une éventuelle disponibilité laissent entrevoir une place pour le mois de juin.

Mlle Amo. entrevoit cette finalité de manière très positive, bien que cela constitue une source d'angoisse et d'anxiété pour elle. Consciente de sa fragilité et de sa difficulté à rompre les liens et à appréhender la séparation, elle a émis le souhait de pouvoir faire cette transition de manière progressive, afin de partir «en douceur» de l'unité et de s'installer de manière plus sereine dans son futur foyer.

Ainsi, lors de la confirmation de la date de sortie pour Mlle Amo., un travail sur la séparation sera nécessaire, afin qu'elle puisse vivre cette sortie le mieux possible.

Annexe X

Extrait de la démarche de soin de Mlle Margaux

Phase d'orientation (Peplau)

Le patient identifie ses besoins et recherche de l'aide. L'infirmière identifie son propre rôle ainsi que les paramètres de la relation. Création du lien de confiance. Dans la relation, l'infirmière évalue les besoins du patient et approfondit sa situation. Le patient donne des informations sur lui afin que l'infirmière puisse mieux le comprendre.

Margaux est venue d'elle-même dans cette clinique pour demander de l'aide. Pour travailler de manière individuelle sur elle-même, elle est entourée d'un médecin, d'une psychologue, d'un coach, d'une diététicienne et d'infirmiers. Les objectifs de son hospitalisation ont été fixés avec elle dans le but d'améliorer son état psychologique ainsi qu'une prise de poids en dehors de la zone d'Anorexie. Après avoir décidé de suivre Margaux dans son parcours pour quelques semaines, je suis allée lui demander son accord, en lui expliquant quel serait mon rôle et comment nous allons travailler. Elle a accepté spontanément et nous avons continué à discuter de manière informelle sur son ressenti du moment présent dans ce lieu de soin. Nous avons ensuite fixé un prochain rendez-vous pour pouvoir faire connaissance.

Dans cet entretien, Margaux m'a raconté son histoire de vie, ses problèmes, ses ressources, ses envies, ses peurs, etc. Margaux exprime un problème de positionnement au sein de sa famille. Elle ne trouve pas sa place, elle a du mal à s'affirmer et à exprimer ses émotions à ses proches. Je l'écoute, j'accepte ce qu'elle me dit, je lui pose des questions afin de l'aider à explorer ses émotions. Après l'entretien, j'ai essayé d'identifier ses problématiques principales ainsi que les sujets qu'elle aurait besoin de travailler. Ensuite je me suis informée auprès de l'équipe pour connaître précisément quels sont les points que chacun travaille avec Margaux et nous avons fait l'hypothèse d'un besoin qu'elle aurait envie d'approfondir: Celui d'explorer la notion de «plaisir» ou «ce qu'elle aime faire, qui a du sens pour elle, en dehors d'une activité de performance». J'ai ensuite vérifié auprès d'elle si l'objectif que j'avais imaginé lui convenait. Sachant qu'il y avait déjà beaucoup de monde autour d'elle, je me suis demandé quelle ressource je pouvais être pour elle et si je n'étais pas de trop dans son chemin thérapeutique. Finalement, les autres soignants ainsi que Margaux étaient d'avis qu'il était possible de se fixer un petit objectif et de faire un entretien par semaine. Parallèlement, j'essaye d'être consciente de mes propres émotions et de mes pensées en lien avec sa problématique, afin de voir Margaux comme une personne unique avec un problème qui s'exprime d'une manière qui lui est propre, mais aussi pour être consciente de mon ressenti afin de reconnaître mes limites.

Phase d'identification (Working phase)

Le patient identifie les problèmes qu'il veut aborder avec l'infirmière et celle-ci offre son intervention afin de l'accompagner dans ses besoins. C'est un partenariat entre l'infirmière et le patient.

Les objectifs d'hospitalisation fixés avec Margaux sont: améliorer son estime d'elle-même, favoriser l'expression de ses émotions (notamment avec sa mère et sa sœur), travailler son

schéma de perfection, diminuer le contrôle, la reprise d'une vie sociale, se donner du temps, apprendre à nommer les choses. L'objectif que j'avais fixé pour le 1^{er} entretien était de simplement faire connaissance et essayer d'établir un lien de confiance. Ensuite, j'ai proposé à Margaux d'explorer la notion de plaisir avec elle, étant donné que lors du premier entretien elle avait dit que pour elle, se faire plaisir était une perte de temps, que ça n'avait pas de sens puisqu'il n'y avait pas de but.

Lors du second entretien, je lui demande ce qu'évoque le mot plaisir pour elle. Elle me donne l'exemple du yoga du rire, groupe dans lequel elle a de la difficulté à participer, elle pense qu'elle n'y arrive pas aussi bien que les autres, car le rire n'est pas spontané, elle doit se forcer. Elle dit aussi qu'elle porte beaucoup d'attention à ce que disent ou pensent les autres d'elle et elle s'estime moins bien que les autres. Dans cet entretien, elle me dit à nouveau que le plaisir est une perte de temps, car elle a l'impression qu'elle rate quelque chose qui ne va pas et donc qu'elle rate une occasion de travailler. Elle me dit aussi: «quand ça va bien, je ne me sens pas normale, j'ai pas l'habitude. C'est plus facile pour moi de parler de ce qui ne va pas que de ce qui va bien.» Petit à petit, Margaux change de sujet et je n'arrive pas à revenir au sujet de départ. Elle parle de sa famille et de sa relation avec ses proches, elle dit avoir peur du conflit et pense que si elle s'exprime les autres ne vont plus l'aimer. Elle reproche beaucoup à ses proches de ne pas entendre son problème et de minimiser son mal-être. À la fin et grâce à l'aide de ma référente, nous faisons un rapide résumé de l'entretien et nous lui suggérons de faire l'expérience d'introduire un moment court de plaisir dans la semaine, quelque chose qui a un sens pour elle, au choix. Elle est d'accord et dit qu'elle va essayer.

Phase d'exploitation (Working phase)

Le patient exploite un maximum de ressource au sein de la relation avec l'infirmière. En quoi l'infirmière est-elle une aide pour le patient? Rôle d'information, d'écoute, de confidente, de partenaire, etc. Cette phase se termine lorsque les problèmes sont résolus et de nouveaux objectifs sont fixés.

La semaine d'après, je vois Margaux pour un troisième entretien. Entre temps, nous lui avons posé une sonde nasogastrique, car Margaux avait perdu du poids et elle montrait une grande résistance à l'évolution de la thérapie. J'essaie d'évaluer si elle a pu mettre en pratique l'objectif qui avait été fixé. Elle me dit qu'elle a pu un peu expérimenter le plaisir (ping-pong, discussion avec les patients), mais qu'elle est toujours beaucoup dans l'anticipation donc même pendant l'activité, elle rumine sur ce qui ne va pas et ce qu'elle doit faire après. Je l'écoute, j'essaie de maintenir la relation de confiance, j'explore ce qui ne joue pas pour elle, j'essaie de la ramener à elle, de rester dans l'ici et maintenant. Depuis la semaine passée, elle dit avoir compris qu'elle ne peut pas changer les autres, mais que c'est elle qui peut modifier son attitude, et que cela aura une répercussion différente. Cependant elle ne comprend pas pourquoi cette répercussion n'est pas celle qu'elle attend. J'essaie de ne pas trop répondre à ses demandes sur ce que je pense d'elle ou ce que les autres pensent d'elle, mais plutôt de lui faire parler d'elle et de comment elle peut vivre ses émotions différemment. Elle est d'accord de continuer l'exercice de «qu'est-ce que j'aime faire». Je fais le lien entre le fait d'être plus dans le ressenti et moins dans la tête (oser vivre une émotion positive, la reconnaître, le valider pour soi-même) et l'avantage que cela peu lui apporter dans les

situations avec ses proches (quelle émotion? Quel comportement? pleine conscience) ainsi que pour l'estime d'elle-même.

Le lundi suivant, Margaux fait une tentative de suicide et se décide de se jeter sous une voiture. Je vais la chercher au centre ville et la ramène à la clinique. Elle n'a rien de grave, mais à son retour, elle exprime aux infirmières des idées noires récurrentes. Elle dit qu'elle vit très mal le fait d'avoir la sonde, que personne ne l'écoute, qu'elle n'en peut plus et qu'elle veut mourir. Elle est vue par une psychologue qui évalue son risque suicidaire et lui fait signer un contrat de non passage à l'acte d'ici le lendemain. Le lendemain, elle est vue par le médecin spécialiste des troubles alimentaires et en attendant une prise décision avec ses parents (changement de lieu de soin?), il augmente son traitement de neuroleptiques pour la protéger d'un passage à l'acte. Pour le moment, Margaux reste à la clinique et je décide de maintenir notre entretien. Je dois dire que j'étais perturbée par ces événements et je me demandais comment entrer en lien avec une personne à la fois très à risque, blessée, mais aussi extrêmement rigide dans sa manière de voir les choses, avec un grand besoin de garder le contrôle. Je me suis fixée comme objectif de simplement maintenir le lien. C'est elle qui est venue me chercher à l'heure, car elle voulait avoir mon avis sur ce qui c'était passé, ainsi que sur la réaction de psychologues, etc. À nouveau, j'ai essayé de ne pas répondre à ses questions, je ne voulais pas faire de clivage et surtout, je voulais qu'elle réalise que les soignants étaient là pour l'aider et non pas pour la couler. Ça n'a pas été facile de la rassurer, elle est restée bloquée sur sa peur du conflit avec les soignants et sa peur d'être renvoyée de la clinique.

Phase de résolution

C'est une préparation à la fin de la relation. Le patient a des outils pour résoudre ses problèmes, il recherche de nouveaux buts, il devient de plus en plus indépendant.

Deux semaines avant la fin de mon stage j'ai annoncé à Margaux que la fin du stage était proche. La situation avant les vacances de Pâques n'étant pas stable, je ne savais pas si je la reverrai à mon retour. Cependant, il m'était difficile de lui dire au revoir, car la situation était délicate et on ne savait pas ce qui allait se passer. J'avais tout même prévu de faire un entretien la dernière semaine afin de mettre fin à la relation, mais Margaux a été envoyée dans un service pour adolescents (le Salève) où elle est plus protégée. Avant son départ, Margaux a menacé à deux reprises de se jeter sous une voiture, puis elle est partie sur la route pour essayer de le faire. Il ne s'est rien passé, mais l'équipe a décidé que l'on était plus en mesure de la protéger.