



LA CULTURE AU SERVICE DE LA QUALITE DES SOINS

Sous la direction de Madame Catherine DIDIER

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du
Master (1^{ère} année) : « Économie sociale et solidaire, Santé, protection et
économie sociale ».*

Nathanaël LOOTEN
Promotion Uderzo : 2021-2022



LA CULTURE AU SERVICE DE LA QUALITE DES SOINS

Sous la direction de Madame Catherine DIDIER

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du
Master (1^{ère} année) : « Économie sociale et solidaire, Santé, protection et
économie sociale ».*

Nathanaël LOOTEN
Promotion Uderzo : 2021-2022

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Catherine Didier, directrice de mémoire. Merci pour votre regard précieux sur ce travail, votre présence et la richesse de votre enseignement qui ont contribué à développer mon questionnement professionnel.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'IFCS Sainte-Anne GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, plus particulièrement Madame Florence Michon, référente pédagogique. Merci pour les temps formels et informels qui ont permis de faire naître mon sujet de recherche et de développer ma réflexivité concernant ce travail.

Merci aux intervenants de la formation, en particulier Madame Véronique Rousseau, pour vos apports théoriques et pratiques ainsi que vos précieux conseils tout au long de cette année.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux usagers, entourages et professionnels de santé ayant participé à ce travail de recherche. Merci à vous d'avoir accepté et pris le temps de me livrer un peu de vos parcours. J'ai été très sensible face à vos récits de vie, votre sincérité et votre confiance accordée. Sans votre participation, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Merci aux étudiants de la promotion Uderzo, particulièrement : Nadia, Leila, Charlotte, Delphine et Pierre. Merci d'avoir permis de rendre cette année aussi riche. Nos partages, vos esprits critiques du soin, vos réflexions et votre engagement ont permis de faire grandir ma posture professionnelle et ma vision du soin.

J'exprime toute ma gratitude à mon épouse Olympe. Merci de m'avoir porté et supporté durant cette année. Ton aide fut précieuse pour la réalisation de ce travail. Merci d'avoir pris soin de notre fils lors de ces longs week-ends de travail.

Enfin, je remercie mon fils Siméon pour sa patience. Ton énergie solaire m'a permis de trouver la motivation dans les moments les plus difficiles.

Liste des sigles utilisés

CA : chambre d'apaisement

CDS : cadre de santé

CI : chambre d'isolement

CMP : centres médicaux psychologiques

CREX : comité de retour d'expérience

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DMS : durée moyenne de séjour

DU : Diplôme Universitaire

FACT : flexible assertive community treatment

HAS : haute autorité de santé

HDJ : hôpital de jour

IMV : intoxications médicamenteuses volontaires

IPA : infirmier en pratique avancée

MCO : médecine chirurgie obstétrique

OMS : organisation mondiale de la santé

PEC : prise en charge

PTI : protection du travailleur isolé

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SPDRE : soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état

SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

SPPI : soins psychiatriques en péril imminent

TCA : trouble de la conduite alimentaire

UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et / ou handicapées
psychiques

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1 Le thème.....	7
1.1 L'origine et situations d'appel.....	7
1.2 Choix du thème	11
2 Le travail exploratoire	12
2.1 Le cadre théorique de référence	12
2.1.1 Qualité des soins.....	12
2.1.2 Une vision humaniste de la qualité des soins	13
2.1.3 De la culture de soins à une culture d'action.....	14
2.1.4 De la posture à l'attitude professionnelle	15
2.1.5 La posture humaniste : une approche centrée sur la personne.....	18
2.2 Enquête exploratoire	19
2.2.1 Thématique 1 : la qualité des soins en santé mentale	20
2.2.2 Thématique 2 : culture de soins : « l'obédience » des services	21
2.2.3 Thématique 3 : culture d'action.....	21
2.2.4 Thématique 4 : Rayonnement et réplication.....	22
3 Problématisation.....	24
4 Méthodes d'enquêtes.....	25
4.1 Choix des outils.....	25
4.2 Choix des lieux.....	26

4.3	Choix de la population.....	27
4.4	Sollicitation des interviewés	28
4.5	Déroulé et conditions d’entretiens	29
4.6	Déroulés et conditions des observations dans les services.....	31
5	Analyse de l’enquête	33
5.1	Parcours et intérêts pour la santé mentale.....	33
5.2	Une approche professionnelle singulière	34
5.3	Une singularité dans les pratiques de soins.....	38
5.3.1	Unité A	38
5.3.2	Unité B.....	40
5.3.3	Unité C.....	43
5.3.4	Une culture de soins amenant à une culture d’action.....	45
5.4	Culture d’action et prise en charge de la violence	46
5.4.1	Unité A	47
5.4.2	Unité B.....	48
5.4.3	Unité C.....	50
5.4.4	Une prise en charge de la violence construite par une culture de soins	51
5.5	Impact d’une culture sur la qualité des soins	52
5.6	De la culture de soins à la réplication	56
6	Retour sur hypothèse	59
	CONCLUSION	61
	BIBLIOGRAPHIE	64

TABLE DES ANNEXES.....	67
Annexe 1 : Guide d’entretien	68
Annexe 2 : Grille d’observation.....	1
Annexe 3 : Travail complémentaire au service de la recherche	1
Annexe 4 : Récapitulatif des professionnels interviewés.	3
Annexe 5 : Retranscription d’un entretien auprès d’un infirmier.....	1
Annexe 6 : Résumé des déroulés d’entretiens	1
Annexe 7 : Récapitulatif des temps d’observation	4
Annexe 8 : Les 8 besoins relationnels primaires	5

INTRODUCTION

Ce mémoire a été rédigé et est présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé (CDS) et du Master 1 « Économie sociale et solidaire, santé, protection et économie sociale ». Ce travail est une initiation à la recherche. L'objectif est d'en connaître son processus à travers les principes et les méthodes de la recherche en sciences sociales. Dans une posture et une démarche de recherche, le choix a été fait de réaliser un mémoire dans le domaine de la clinique. Le but serait que cette démarche clinique soit au service de ma posture managériale, en participant au développement de mes savoirs professionnels. Effectivement, engager un travail réflexif autour d'un sujet clinique facilitera ma prise de poste en tant que cadre de santé dans un service de soins en santé mentale.

Le thème de ma recherche est né d'un questionnement en lien avec mon parcours professionnel en santé mentale. De la psychiatrie de secteur à l'addictologie, les soins prodigués sont foncièrement différents. D'après de nombreux patients, certains soins sous contrainte sont vécus comme maltraitants, voire traumatisants. Mon expérience en service d'addictologie, après quatre années d'exercice en psychiatrie de secteur, m'a permis de découvrir d'autres manières de prendre en soins l'utilisateur. Ce fut une prise de conscience relative à mes pratiques antérieures. Passionné par mon métier et le domaine de la santé mentale, je pratiquais pourtant, en collaboration, des soins coercitifs surement vécus comme maltraitants et traumatisants. J'ai donc décidé d'étudier, pour ce travail de recherche, la question de la qualité des soins dans le domaine de la santé mentale et de réfléchir sur le lien entre qualité des soins, culture de soins et culture d'action. En étant passionné par son métier, comment peut-on se retrouver à dispenser des soins maltraitants sans réussir à prendre du recul sur ces pratiques ? Certains services utilisent des techniques de soins permettant de collaborer avec les usagers. Ils deviennent alors partenaires des soins, avec un pouvoir décisionnel sur leur projet de vie. Comment se fait-il que la mise en place de ces pratiques ne soit pas si répandue dans nos organisations de soins ?

À la suite d'un travail exploratoire, la question de recherche pensée est la suivante : En quoi la posture professionnelle, construite par la culture de soins et la culture d'action, influence-t-elle sur la qualité en santé mentale ? Pour tenter de répondre à cette question, deux hypothèses ont été élaborées. La première hypothèse est que la culture d'action, portée par la culture de soins du service, aurait un impact sur les soins prodigués par les professionnels de santé. Ainsi, la culture humaniste serait garante d'une amélioration de la qualité des soins. La seconde

hypothèse est que la culture de soins du service serait un frein à la possibilité de répliquer des modèles de soins. Cette réplification ne serait possible qu'en la prenant en compte. L'objectif de ce travail est bien d'identifier et tenter de comprendre un phénomène qui contribuerait à la construction des pratiques professionnelles et donc à la qualité des soins dans les services en santé mentale. Cette approche clinique est au service du management. Effectivement, une meilleure compréhension de ce phénomène permettrait de développer une posture réflexive lors de ma future prise de poste en tant que cadre de santé.

L'entretien semi-directif et l'observation sont les outils d'enquête favorisés pour cette recherche. L'observation est au service des entretiens en agrémentant les données d'analyse. Trois unités de soins ont été choisies pour réaliser cette enquête : deux unités d'hospitalisation et une unité d'équipe mobile. Dans chaque unité, 4 entretiens ont été menés et 5 heures minimum ont été passées dans chaque service, dans une posture d'observateur. Pour analyser les pratiques professionnelles et la qualité des soins dans le collectif, le public choisi est volontairement large : médecins chef de service, infirmiers, cadres de santé, infirmier en pratique avancée (IPA), aides-soignantes, médiateur en santé-paire. Un projet réalisé lors d'un stage, au cours de mon année d'étude, est utilisé comme travail complémentaire au service de la recherche. Il n'est pas un outil mais permet d'enrichir les données d'analyse. Un cadre théorique permettra de confronter les données d'analyse récoltées durant cette enquête. Les concepts de qualité des soins, de posture professionnelle, de posture humaniste, de culture, plus particulièrement la culture de soins ainsi que la culture d'action, permettront d'enrichir la réflexion et d'analyser les données recueillies, de la manière la plus objective possible.

Dans un premier temps, le thème sera présenté à travers l'origine et la situation d'appel. Le choix du thème permettra d'énoncer le questionnement de départ. Puis le travail exploratoire aidera, à travers un cadrage théorique et une enquête exploratoire, à problématiser le sujet en formalisant la question de recherche ainsi que les hypothèses. Nous approfondirons ensuite la méthodologie employée pour réaliser ce travail. L'analyse permettra de présenter les résultats obtenus après la mise en place de cette recherche et de mettre en relation les données d'analyse avec le cadre théorique. Une discussion permettra de revenir sur les hypothèses énoncées. Nous concluons en présentant le bilan du travail effectué, permettant de l'ouvrir sur de nouvelles perspectives de recherche.

1 Le thème

1.1 L'origine et situations d'appel

Durant mon parcours, j'ai eu la chance de multiplier les expériences dans le domaine de la santé mentale, en tant qu'infirmier puis en tant que faisant fonction cadre de santé. C'est au moment d'un changement de poste que j'ai été amené à questionner mes pratiques professionnelles antérieures directement liées à la qualité des soins et de mes prises en charge.

J'ai travaillé pendant quatre ans en tant qu'infirmier en psychiatrie de secteur en intra-hospitalier dans l'agglomération lilloise, dans un service fermé. Les patients accueillis sont hospitalisés en soins libres ou sous contrainte à la demande d'un tiers, du préfet ou en péril imminent. J'avais en charge un service de vingt patients avec une chambre d'isolement (CI). Les mesures de contrainte étaient une habitude dans nos pratiques de soins. Nous avions comme objectif de diagnostiquer et traiter les signes cliniques liés aux pathologies. La prise en compte de l'avis du patient n'était pas au centre de notre prise en charge (PEC). Nous devions observer, interpréter et agir pour soigner la personne. L'isolement et la contention étaient des outils de soins fréquemment utilisés. L'administration forcée de thérapeutiques faisait partie de notre quotidien. Les soignants médicaux ou paramédicaux étaient dans une posture de sachants, supérieure à celle du malade. Nous savions ce qui était le mieux pour le patient. Sa présence dans notre service signifiait une incapacité à savoir ce qui était bien ou non pour lui. Nous ne lui laissions que très peu de pouvoir décisionnel. Nous pensions qu'une personne ayant un trouble psychique décompensé n'avait pas la capacité de décider. En écrivant ces mots, je conviens d'une certaine maltraitance mais, à ce moment-là, je pensais que c'était le mieux pour le patient. J'étais porté par une dynamique d'équipe et une culture de soins collective. Nous courions tous pour attraper le patient et administrer le traitement, un réel travail d'équipe et de cohésion.

C'est en arrivant en région parisienne, à un poste d'infirmier d'accueil au centre médical Marmottan, que j'ai pris conscience du fait que mon identité professionnelle était basée sur une culture de la contrainte et de soins coercitifs. Le centre médical Marmottan est un établissement emblématique dans le domaine de l'addictologie avec une culture humaniste forte. Créé en juillet 1971 par le professeur Olievenstein, c'est un lieu de soins volontaire, anonyme et gratuit. Il a établi une approche singulière et non dogmatique, un accompagnement au long cours, basé sur une relation thérapeutique intersubjective. Le but de ce suivi n'est pas particulièrement

l'abstinence, mais l'apprentissage de la « démocratie psychique » : la faculté de faire des choix libres. Le professeur Olievenstein avait comme habitude de dire : « *Il est important de désapprendre ses savoirs pour laisser la place à une rencontre singulière* ». Cette culture de soins humaniste portée par les équipes soignantes permettait à chacun de développer une identification professionnelle forte en lien avec un but commun : prendre soin et accompagner. Ma difficulté a été d'accepter mon passé, le chemin de ma construction professionnelle et de m'ouvrir à une autre manière de travailler. Une collègue me disait : « *Le seul chef à Marmottan, c'est le patient. D'ailleurs, ne l'appelle pas patient, il est client : il ne patiente pas, il est acteur de sa vie et nous ne faisons que l'accompagner* ». La culture du centre médical Marmottan est centrée sur la personne : c'est une approche humaniste centrée sur les besoins de l'écouté et les désirs de l'écoutant.

J'ai exercé six ans au centre médical Marmottan : quatre ans en tant qu'infirmier et deux ans comme faisant fonction cadre de santé. Durant ces années d'exercice en addictologie, de nombreux patients ont fait un retour inquiétant sur leur prise en charge en psychiatrie. Effectivement, vingt pourcents de la population accueillie dans l'établissement souffre de troubles psychotiques. La posture centrée sur la personne rassure le patient et lui laisse la possibilité de choisir. A Marmottan, le traitement thérapeutique de la psychose n'est pas une obligation, il est proposé comme une expérience avec une évaluation de l'utilisateur et du professionnel de santé. Ce qui est mis en valeur est l'état de la personne et sa capacité à décider.

De nombreux usagers ont signalé que leurs suivis en centre médicaux psychologiques (CMP) était à leurs yeux inutile. Un patient avait l'habitude de me dire, lorsque je lui indiquais l'importance de son suivi en psychiatrie de secteur : « *Le psychiatre ne me voit qu'une fois tous les deux mois et l'infirmier sait mieux que moi* ».

Le retour d'expérience des patients face aux mesures de soins coercitifs était vécu comme maltraitant. Effectivement, aucun patient ne nous a rapporté d'effet bénéfique suite à un isolement ou une contention. On a pu observer des symptômes de stress post-traumatique : cauchemars, anxiété non spécifique allant parfois jusqu'à un syndrome dépressif avec des idées noires ou même suicidaires, augmentant leur pratique addictive. Dans leur lecture de la situation, le traumatisme était lié à leur hospitalisation en incluant les pratiques de soins comme l'isolement et/ou la contention. Certains patients présentaient leur séjour en psychiatrie comme un élément traumatique de leur vie. Des services de psychiatrie, comme certains secteurs du

Centre Hospitalier Le Vinatier à Lyon, ont mis en place des cellules de gestion du stress post-traumatique pour prendre en charge les souffrances du patient générées par une mise en isolement avec ou sans contention. Nous pouvons donc parler de pathologie liée aux soins, de maladie iatrogène. Oserions-nous parler de « maladie nosocomiale psychique » ?

Après avoir retracé l'histoire et la législation de la psychiatrie, j'ai pu observer que de nombreux praticiens regrettent le mouvement humaniste de la psychiatrie. Plusieurs sociologues et professionnels de santé parlent de déshumanisation de la psychiatrie. Pierre Delion (psychiatre et psychanalyste) parle de « Combat pour une psychiatrie Humaine ». Dans ce mouvement humaniste, il rappelle que : « le diagnostic, c'est connaître quelqu'un en avançant avec lui dans le temps et dans l'espace. [...] Poser un diagnostic, c'est s'engager dans une relation – donc connaître dans le temps et dans l'espace » (Delion, 2016, p.80). Dans sa définition, il explique la notion de contre-transfert et de subjectivité dans le diagnostic en santé mentale. Le contre-transfert représente « l'ensemble des réactions inconscientes que développe le soignant, induites chez le soignant par l'attitude et les activités transférentielles du patient, en réponse au transfert de son patient » (Delbrouck, Ed.2013, p.93). Pour Pierre Delion, le diagnostic est donc un processus complexe qui nécessite une écoute et une analyse de soi et de l'autre. L'attention est centrée sur la personne rencontrée. Il fait référence à un mouvement humaniste basé sur les travaux de Carl Rogers, psychologue humaniste américain du XXème siècle, fondateur de la psychothérapie centrée sur le client et l'approche centrée sur la personne.

Aujourd'hui, la psychiatrie est majoritairement basée sur le courant clinique critériologique encadré par le DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Des centres cliniques affichent qu'ils sont experts en diagnostics psychiatriques. Pierre Delion pense que la posture d'expertise n'est pas forcément la solution dans la prise en charge. Il nous propose l'exemple suivant :

« Un médecin reçoit un gosse qu'il diagnostique comme hyperactif. Il lui prescrit de la Ritaline, mais une fois cette prescription faite, lorsque le gamin sort de son cabinet, ce n'est plus son problème, c'est celui des parents. Il pourrait dire : Je suis l'expert, il n'y a pas de transfert entre nous. L'expertise, c'est la négociation du transfert (on reste extérieur à la question sur laquelle on est expert) » (Delion, 2016, p.80).

L'évolution du système de financement de la santé mentale, avec la naissance de la D2A, risque de renforcer ce courant clinique et de favoriser la pose systématique de diagnostics.

Des institutions et des services de psychiatrie nationalement reconnus pensent des soins avec l'utilisateur comme collaborateur de la prise en charge. Dans le service fermé du Pr. Franck, Chef du pôle rive gauche Le Vinatier (Lyon), la porte est ouverte, les chambres d'isolement sont transformées en chambre multi-sensorielle, nommées *Wavecare*. Avec son équipe, ils ont mis en place les directives anticipées en psychiatrie, encore très mal connues en France, dont le but est de favoriser l'autonomie de l'utilisateur et lui redonner des compétences et des capacités décisionnelles. Après plusieurs années, ils ont significativement diminué leur nombre d'hospitalisations sous contrainte ainsi que les mesures coercitives.

Le GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences a décidé de mettre en avant, dans son projet d'établissement, le partenariat en santé. Le but de ce programme est de redonner une place privilégiée au patient en tant que partenaire des soins. Il souhaite promouvoir et inclure des médiateurs santé-pair dans chaque pôle. Appelés aussi patients partenaires, ils sont des usagers stabilisés qui deviennent collaborateurs dans les prises en charge d'autres usagers.

Selon la Haute Autorité de Santé, « le patient partenaire désigne des personnes qui collaborent de manière régulière avec les équipes de soins dans le but, soit d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des organisations, soit de réaliser des enseignements ou encore de prendre part à des travaux de recherche ».

La présence de la pair-aidance dans les services est un indicateur de l'orientation de l'institution vers le partenariat en santé. Le laboratoire de recherche en santé mentale et en sciences sociales du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, dirigé par Emmanuelle Jouet, travaille et développe les concepts de rétablissement, d'inclusion sociale ou encore *d'empowerment*. Encore une fois, le but est bien d'améliorer la qualité d'accueil et de prise en charge dans le domaine de la santé mentale.

Malgré tous ces efforts, la disparité de la qualité des soins au sein des services est encore très marquée et le vécu des usagers hospitalisés reste difficile. Même si le projet institutionnel du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences est de tendre vers le partenariat en santé en positionnant l'utilisateur comme collaborateur principal des soins, nous pouvons constater que sa mise en place dans les services reste rare, chaque pôle fonctionnant avec sa propre conception du soin.

La qualité des soins en santé mentale est une priorité actuelle, que ce soit pour les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé ou encore pour nos tutelles. La

certification des établissements de santé est garante de la qualité et la sécurité des soins. Néanmoins, elle ne semble pas suffisante pour repenser la posture individuelle du soignant afin de le rendre bien traitant. Comment se fait-il que des professionnels souhaitant travailler en santé mentale et motivés par leur travail deviennent maltraitants sans même s'en rendre compte ? Les concepts de rétablissement, d'inclusion sociale, *d'empowerment* sont-ils garants d'une qualité des soins ?

Thierry Trémine dit qu'« il est plus prudent de choisir des mots simplement accessibles et tradition-nels, comme « autonomie », « accompagnement ». Ils permettent de rester dans un cadre collectif et citoyen et même une histoire accessible à tous, y compris au patient, au lieu de s'en remettre à des mots et concepts pollués par l'agir économique qui a créé un lexique universel où chacun doit répondre seul de la responsabilité de sa vie, soit-il malade. » (Trémine, 2018, p.795).

Quand il évoque *l'empowerment*, il explique le risque de « l'empourrissement » de ces termes face aux politiques publiques. Dans ce cas, quels seraient les leviers et outils pour améliorer la qualité des soins en santé mentale ? S'agit-il seulement d'une question de vocabulaire ? Ne faut-il pas incarner les valeurs qui entourent nos pratiques de soins ?

A la suite de la présentation de cette situation, la question de départ que je me pose est : En quoi nos pratiques de soins sont-elles influencées par le collectif et comment influent-elles elles-mêmes sur la qualité des soins ?

1.2 Choix du thème

J'ai décidé d'étudier la question de la qualité des soins dans le domaine de la santé mentale et de réfléchir au lien entre qualité des soins, culture de soins et culture d'action. Il me semble que la posture professionnelle est en lien direct avec la qualité des soins. Si un soignant incarne une posture humaniste, alors ses prises en charge seront centrées sur l'utilisateur et permettront de répondre au mieux à ses attentes. Néanmoins, incarner une posture humaniste n'est pas inné. Comment un professionnel forge-t-il sa posture de soignant ? Outre sa formation, un soignant grandit et évolue selon un contexte. Ses pratiques seraient influencées par celles du collectif. A travers le travail d'équipe, le soignant crée une représentation de ce qu'est sa conception du soin. Cette conception du soin individuelle forgerait la conception de soin du collectif et donc la culture de soins du service. Pour incarner une posture humaniste, le soignant doit donc évoluer au sein d'un service à la culture de soins humaniste.

2 Le travail exploratoire

2.1 Le cadre théorique de référence

Dans un premier temps, il me semble incontournable d'aborder la notion de qualité des soins, de faire le lien avec les organismes tutelles et d'évoquer le système de certification. Puis j'aborderai la culture de soins en approfondissant avec la culture d'action. Pour terminer, je développerai la notion de posture professionnelle et approfondirai avec le concept de posture humaniste. Incarner une posture humaniste et laisser à l'utilisateur une liberté de penser et d'agir permettraient, à mon sens, d'améliorer la qualité des soins.

2.1.1 Qualité des soins

La qualité des soins est au centre des pratiques des professionnels de santé. L'organisation mondiale de la santé (OMS) explique que, pour parler de qualité des soins, le soin doit être :

- Efficace : diagnostiquer avec précision et recevoir un traitement efficace
- Sûr : ne doit pas causer de préjudice
- Centré sur les besoins de la personne : le patient doit être traité avec compassion
- Opportun : recevoir les soins au moment où le patient en a besoin
- Équitable : que chacun reçoive les soins dont il a besoin
- Intégré : collaboration des différents professionnels ou établissements de santé pour la prise en charge
- Efficace : la ressource disponible doit être utilisée efficacement pour améliorer la santé et limiter le gaspillage

En France, l'HAS est garante de la qualité des soins dispensés par les établissements de santé à travers la certification dont le but est de mesurer et d'améliorer la qualité. A l'origine, la certification était très axée sur les processus dans l'objectif de créer la démarche qualité dans les pratiques des établissements de santé. Aujourd'hui, elle a capitalisé sur une démarche vieille de 20 ans et prend maintenant en compte les besoins nécessaires d'adaptation et d'évolution qui ont récemment été relayés dans le cadre du Ségur de la santé et de la loi « Ma santé 2022 ».

Cette nouvelle certification est une évolution qui se caractérise par cinq grands thèmes :

- Centrée sur le résultat rendu au patient
- Des outils et des méthodes simplifiés au bénéfice d'une évaluation de la qualité au plus proche des pratiques des professionnels

- Une démarche adaptative aux évolutions du système de santé permettant de favoriser l'implantation des établissements de santé dans leur territoire et la construction des parcours de soins
- Favoriser l'engagement des patients et intégrer leurs expériences
- Encourager le travail en équipe et la collaboration comme moteur de l'amélioration des pratiques

Nous pouvons voir que cette nouvelle version évalue la réalité des pratiques de prise en charge du patient. Elle permet de mieux impliquer les professionnels de terrain.

2.1.2 Une vision humaniste de la qualité des soins

La qualité des soins implique la compréhension du « prendre soin ». Ces deux concepts sont étroitement liés et l'un influe sur l'autre. Aujourd'hui, le manque de soins gangrène le monde hospitalier. Le rationalisme économique, la vision comptable sont des risques pour le soin. Ce manque de soins est visible à travers les différents mouvements sociaux. Le manque d'écoute dans les services est aussi induit par le rationalisme temporel et budgétaire.

Pour Cynthia Fleury, autrice de « Le soin est un humanisme » (Fleury, 2019, p. 5), la qualité se caractérise par la capacité à prendre soin et remettre de la vie dans la maladie. Le soin est un dispositif, il est holistique. Pour elle, l'hôpital doit être un lieu ouvert. Les savoirs sont au centre d'une compréhension d'une situation de soin. Pour comprendre ces savoirs, il est important de les partager afin de tendre vers une compréhension du soin. Selon son point de vue, il ne faut pas assigner à résidence la vulnérabilité. Contrairement à la médecine allopathique, de nombreuses médecines, notamment asiatiques (tibétaine ou encore chinoise), pensent le soin en se basant sur la partie saine : c'est en se basant sur la partie non malade que l'on peut sortir de la maladie.

La vulnérabilité est en lien avec un milieu. Nous sommes vulnérables à travers une chose, un phénomène ou encore quelqu'un. La vulnérabilité induit une relation. Pour Cynthia Fleury, prendre en compte cette relation permettrait d'incarner des postures différentes et un déploiement éthique. Remettre des sciences humaines et de l'humanité dans l'hôpital pourrait permettre une amélioration de la qualité des soins.

Le soin est une approche holistique : on ne soigne pas qu'une maladie. La clinique du rétablissement implique de l'humanité. Le principe de guérison est vaste et nécessite que les aidants rentrent dans la boucle, de prendre en compte l'expertise du patient, son savoir

expérientiel. Le soin implique de la solidarité. Il est une construction sociale. Il faudrait tendre à mettre l'humanité au cœur du soin.

2.1.3 De la culture de soins à une culture d'action

Choisir de travailler sur la culture de soins et la culture d'action permettrait de tendre vers une compréhension de nos pratiques professionnelles. L'objectif serait de discerner le sens et l'origine de nos actions de soins.

Le lien entre ces deux concepts est la culture. Comment définir ce mot ? De nombreux professionnels en sciences sociales, comme Edward Burnette Tylor, Émile Durkheim, Ruth Benedict ou encore Claude Lévi-Strauss ont travaillé sur le concept de culture. En faire le résumé n'est pas chose facile. En se basant sur ces nombreux travaux, nous pourrions définir la culture comme une configuration particulière d'une vision du monde, de valeurs, d'attitudes et de croyances. La culture est partagée par les membres d'un groupe dans un processus de socialisation. Elle est enseignée pour la faire perdurer et la développer. On y retrouve des symboles, des éléments typiques de la culture. Des héros, imaginaires ou réels, incarnent les valeurs et les croyances de leur culture. Nous retrouvons également des rituels, des comportements organisés communs qui ne sont pas liés à la survie.

Claude Lévi-Strauss définit la culture comme : « [...] tout ensemble ethnographique qui, d'un point de vue de l'enquête, présente par rapport à d'autres, des écarts significatifs ». (Lévi-Strauss, 1958, p. 32). Nous pouvons donc, d'un point de vue méthodologique, comparer deux lieux singulièrement différents afin d'analyser et faire ressortir les différences de cultures, s'il y en a.

La culture se transmet à partir de la filiation, de la petite enfance à l'âge adulte. On parle dans ce cas de culturalisme. Puis, à l'âge adulte, ce qui nous concerne dans ce travail, notre culture évolue selon le contexte et l'environnement dans lequel l'individu croît. Dans cette conception, les valeurs se transmettent à travers l'assimilation du nouvel environnement. Ce phénomène se nomme l'acculturation. L'introspection de la culture par des individus appartenant au même groupe est difficilement possible. Les habitudes, les habitus, les croyances, les rites, les coutumes sont autant de freins à une remise en question des pratiques.

Nous pouvons donc définir la culture de soins comme une configuration particulière d'une vision du soin, à travers des valeurs, des attitudes et des croyances qui seraient partagées par un groupe de personnes. La culture d'action de ce groupe serait étroitement liée à leur

culture de soins. Elle prend naissance dans la culture de soins à travers des activités. La culture de soins serait la philosophie et la culture d'action la manière de réaliser cette philosophie.

Jean-Marie Barbier définit la culture d'action comme « un mode, évolutif et partagé par plusieurs sujets, d'organisation des constructions de sens des activités dans lesquels ils sont engagés » (Barbier, 2021, p. 3). Il entend par « mode » une opération logique qui permet de dégager des conclusions. Le travail serait d'observer des constances, des habitudes, des pratiques dans une même organisation et de modéliser des cultures d'action. Il parle « d'opérer à partir de régularités » (Barbier, 2021, p. 3). Le point de départ pour approcher les cultures est d'observer les invariants. Effectivement, parler de culture implique que des valeurs et des croyances soient partagées par des personnes. La culture est portée par des comportements et des agissements humains. Elle est évolutive, elle n'est pas figée. Elle grandit et change à travers son environnement. Dans la définition sont évoquées l'organisation et les activités. Cela semble le point essentiel de la définition de la culture d'action. Jean-Marie Barbier explique le lien entre l'action, l'organisation et le sens investi dans les activités. Ce sens serait induit par une culture d'action. Les activités et l'organisation seraient construites à travers le sens investi et la culture d'action. L'auteur dit : « La culture d'action s'exprime dans la culture proprement dite, et c'est par inférence de la culture proprement dite qu'on peut dessiner les contours de la culture d'action ». (Barbier, 2021, p 5). Dans un service de soins, nous ne pouvons donc pas parler de culture d'action sans prendre en compte la culture de soins de ce service.

Ce concept pourrait permettre de comprendre les liens de survenance de certaines pratiques régulières entre plusieurs professionnels de santé. La notion de fréquence de l'activité pratiquée par un groupe de personnes est au centre du concept de culture d'action. Elle n'est pas forcément partagée en collectif de manière consciente. Elle a une construction inconsciente et s'y intéresser permettrait sa conscientisation. Le but est de trouver les processus de construction du sens mental de la personne.

2.1.4 De la posture à l'attitude professionnelle

Travailler sur la notion de posture professionnelle permet d'observer l'individu à travers son comportement et ses actions. Cette notion fait référence au fait de se placer et d'être au sein d'un collectif : dans ce cas, nous parlerons de collectif de travail ou d'équipe.

Jacques Aroino définit la posture « [...] au sens de position. Il faut y entendre le système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales. » (cité par Chamla, 2010, p. 72).

La posture professionnelle prend naissance dans la relation à l'autre. Maela Paul nous éclaire avec sa définition :

« La posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une compétence à passer d'un registre à un autre. Posture et fonction définissent une manière d'être et de faire dialectiquement liées. Par la fonction se transmettent les visées institutionnelles. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui. » (Paul, 2004, p. 153).

Le sens développé dans ce travail sera bien la représentation psychologique de la posture professionnelle. Elle prendra en compte les visions, les réactions, les attitudes, les comportements liés à une situation relationnelle, une action de soin du point de vue du professionnel ou du collectif. Pour continuer à approfondir cette notion, nous étudierons le concept d'attitudes.

Zanna & Rempel (1988) démontrent que l'attitude est constituée de trois éléments. Le premier est l'aspect cognitif qui est l'opinion de la personne sur l'objet. Cette opinion va créer une réaction, une attitude en fonction de ses représentations personnelles liées à ses valeurs et/ou croyances. Le second élément est lié à l'affect. Il prend en compte la charge affective et émotionnelle que l'objet suscite chez la personne. Le dernier élément est la notion de spontanéité. La personne est-elle disponible pour recevoir l'objet ? Cette notion permet de questionner l'effort, la volonté, l'impulsion vers un passage à l'action en fonction de l'objet.

Selon Lasswelle cité par Grawitz (1972), on retrouve trois niveaux d'attitude. Le premier concerne « l'attitude individuelle ». Elle représente la réaction singulière d'un individu face à un objet qui pourrait susciter chez lui des réactions et/ou une modification de son comportement. Le second niveau est « l'attitude commune », qui vise à comprendre les réactions d'un certain nombre de personnes vis-à-vis d'un même objet. Le dernier niveau, « l'attitude collective », cherche à expliquer les réactions collectives et leur manière d'agir dans

un même sens face à un même objet. Ce dernier niveau est en lien avec la culture d'action. Comment des personnes se retrouvent-elles à penser et agir dans le même sens ?

Pour affiner l'observation des différentes attitudes, il semble intéressant d'approfondir ce concept avec les attitudes d'écoute. Elias Porter, psychologue clinicien et collaborateur de Carl Rogers, a développé une catégorisation à travers 6 attitudes d'écoute. Effectivement, certaines attitudes d'écoute et de non-écoute peuvent apparaître face à un interlocuteur et influencer la qualité relationnelle et donc la qualité des soins.

Les six attitudes d'écoute selon Elias Porter (1950) :

- « L'attitude d'évaluation ou de jugement moral ». Elle consiste à faire référence à des normes, à des valeurs. Elles sont des conseils moraux ou moralisants : mise en garde, approbation, invitation à penser de manière dirigée.
- « L'attitude interprétative ». Elle donne lieu à des interprétations. Elle peut être une reprise partielle et orientée. Elle peut aussi être une déformation du sens d'ensemble de ce qui a été dit, une distorsion personnelle, une traduction infidèle ou tendancieuse.
- « L'attitude de soutien ». Elle donne lieu à un encouragement, une consolation qui correspond, d'après Rogers, à une attitude rassurante : « courage » ; « ça va aller ». Elle fait allusion à une communauté d'épreuve entre l'écouter et l'écouté. On trouve qu'il est bien naturel de penser ce que l'autre pense. On essaie de rassurer en minimisant l'importance de la situation. L'écouter se présente comme un « doudou ».
- « L'attitude investigatrice ». Elle peut donner lieu à des compléments d'information sur la situation en question, cherche à obtenir des confidences supplémentaires. « *Tu avais quel âge ?* » ; « *Est-ce que ta mère... ?* » L'écouter se présente comme un inspecteur.
- « L'attitude de « solution au problème » ». Elle consiste à proposer une idée pour sortir de la situation. Elle donne lieu à la manifestation d'une *non-écoute* immédiate dans la mesure où elle impose d'emblée le schéma de pensée et le système de valeurs de l'interlocuteur censé écouter : « *Tu devrais...* » ; « *Tu n'as qu'à...* » ; « *Moi à ta place...* ». L'écouter se présente comme un conseiller, un secouriste.

- « L'attitude compréhensive et empathique. » Elle consiste à être centré sur la personne, sur son vécu, ses ressentis et ses émotions. Carl Rogers la développe dans l'approche centrée sur la personne (1968, 2001). Elle deviendra par la suite la posture humaniste.

2.1.5 La posture humaniste : une approche centrée sur la personne

Le concept de posture humaniste, pouvant aussi être appelée « l'approche centrée sur la personne », a été développé à travers les travaux de Carl Rogers (1968, 2001). C'est une approche non directive où l'on se contente d'écouter activement la personne. La posture humaniste s'incarne dans une culture, une philosophie. Elle peut être un outil de taille pour répondre aux objectifs de la qualité des soins.

Le but de cette approche est de se centrer sur l'épanouissement de l'autre. Elle prend ses origines dans la philosophie humaniste. La relation d'aide est basée sur quatre attitudes et postures non directives : l'empathie, l'écoute active, le non-jugement et la congruence. La relation d'aide se situe dans une réflexion. C'est la mise en évidence d'un problème, l'analyse de celui-ci dans le but de comprendre les besoins et les attentes de la personne. C'est une démarche d'accompagnement de l'individu en mobilisant ses ressources afin de trouver ses propres solutions. L'interlocuteur est donc mis au premier plan, il est le collaborateur principal. Le but de la relation d'aide est d'apporter un changement, une adaptation, un mieux-être. Pour que cela soit possible, il faut que l'autre se sente en sécurité et en confiance, ce qui lui permet de s'engager dans cette relation. De plus, cette relation nécessite que chaque professionnel ait connaissance de son rôle propre, mais aussi qu'il puisse le vivre en interaction avec d'autres. La relation d'aide fait appel à des compétences et à une expérience.

Pour mettre en place une relation d'aide, il faut prendre conscience de l'importance de la qualité de la relation, l'importance de la congruence de l'aidant (son authenticité), l'importance d'une approche positive (valorisation, acceptation, confiance) et l'importance de son empathie (compréhension du point de vue de l'autre). Effectivement, la congruence permet d'être perçu comme étant digne de confiance, elle favorise donc l'alliance relationnelle et permet une relation d'aide. L'agacement, l'irritation, les émotions qui ne sont pas forcément conscientes et qui passent par des messages non verbaux sont perçues par l'interlocuteur et deviennent contradictoires avec notre propre parole. C'est donc un frein à la relation d'aide. Il est important d'être suffisamment à sa propre écoute pour écouter une personne et entrer en relation. La notion d'engagement est aussi un pivot de la relation d'aide.

2.2 Enquête exploratoire

Pour mener mon enquête exploratoire, j'ai décidé d'utiliser comme outil l'entretien semi-directif. J'ai mené trois entretiens avec trois personnes ayant des profils et approches différents à travers leurs expériences de la santé mentale.

Le premier entretien que j'ai mené est avec un chercheur sociologue qui a exploré le vécu des usagers et travaille sur la mise en place de programmes de soins favorisant le partenariat en santé. Il se base sur les concepts de rétablissement, d'inclusion sociale et d'*empowerment* pour développer et améliorer l'offre de soins : mise en place de pair-aidants dans les services, fermeture des chambres d'isolement pour les transformer en « salons *Wavecare* » (salles sensorielles), mise en place des directives anticipées en psychiatrie... Il accompagne les équipes à utiliser ces outils et à développer une approche en incluant l'utilisateur comme collaborateur de soin.

J'ai choisi pour mon deuxième entretien de rencontrer une déléguée départementale adjointe de l'Union Nationale de familles et mis de personnes malades et / ou handicapées psychiques (UNAFAM), une association nationale et reconnue d'utilité publique qui a pour but d'écouter, soutenir et former les familles et l'entourage d'utilisateurs atteints de troubles mentaux. Elle a, comme beaucoup de bénévoles de la structure, eu recours à cette association dans le cadre personnel. Elle a rencontré le monde de la psychiatrie il y a 25 ans en accompagnant ses filles diagnostiquées schizophrènes. Pour elle, l'UNAFAM a été « *une lumière dans la nuit* ». Il y a deux ans, elle a malheureusement perdu une de ses filles d'un suicide. Elle met son savoir expérientiel de la maladie mentale et des institutions au service des autres en luttant pour une psychiatrie nouvelle.

Lors de mon troisième entretien, j'ai fait la rencontre d'une jeune femme diagnostiquée bipolaire. Suivie par des institutions depuis près de 10 ans, elle a accepté de partager son vécu et son expérience du soin. Des établissements publics aux établissements privés, du libéral aux associations, cette jeune femme a été à la recherche d'un lieu où sa parole puisse être entendue par les équipes de soin. Aujourd'hui, elle m'explique ses difficultés à travers sa pathologie mais dit avoir passé le plus dur : « *il n'y a même pas 5 ans, jamais je ne vous aurais parlé !* ».

2.2.1 Thématique 1 : la qualité des soins en santé mentale

La qualité des soins est le thème qui est revenu dans chaque entretien. D'après nos trois interlocuteurs, la santé mentale « va mal ». Le constat rapporté sur les prises en charge des usagers dans les services est très inquiétant, en témoigne le vocabulaire utilisé par les usagers : « traumatisme », « maltraitance », « violence », « agression », « punition », « injustice » sont les mots utilisés pour parler de leur expérience des institutions. La personne diagnostiquée bipolaire m'explique que cette représentation se banalise à travers les hospitalisations : « *L'homme s'habitue à tout !* ». Le chercheur ajoute que certains secteurs ont mis en place des groupes de chocs post traumatiques pour gérer le traumatisme lié à l'isolement contention. Leur constat à travers leurs expériences est que les soins coercitifs sont présents dans une grande majorité des secteurs psychiatriques. L'usagère rationalise l'isolement et la contention : « *Ce sont leurs règles, en même temps je voulais mourir ! Oui, c'est choquant, violent et nous avons l'impression de n'être plus rien... Mais parfois il faut tomber très bas pour savoir se relever* ».

A travers les trois entretiens, je peux observer différents indicateurs de la qualité des soins qui sont partagés par tous et qui semblent pour eux les plus importants lors des soins en santé mentale :

- La qualité de la prise en charge du malade :
 - La capacité des soignants à écouter l'usager
 - Savoir accompagner les émotions
 - L'usagère dit : « *Si je n'ai pas le droit d'être folle en psychiatrie, alors où puis-je l'être ?* »
 - La capacité des soignants à prendre en compte l'avis du malade : « *Le malade a un pouvoir décisionnel !* »
 - Permettre à l'usager d'expérimenter les choses : traitements, thérapies...
 - Que le soignant accepte la partie saine du malade et l'utilise pour avancer
 - Avoir des lieux de socialisation
 - Penser et accompagner l'après hospitalisation
 - Penser le soin comme une rencontre humaine
- Prise en charge de l'entourage :
 - Inclure la famille et les proches dans la prise en charge

Déléguee d'UNAFAM : « *Quand ma fille rentre après une hospitalisation, elle rentre chez moi. J'ai besoin de savoir ce qu'il se passe pour l'aider au mieux !* »

- Le soin, une approche humaine plus qu'un savoir :
 - Prendre le temps de la rencontre et s'engager dans la prise en charge
 - La place du diagnostic médical en santé mentale
 - Importance de prendre le temps de dire les choses ;
D'après l'usagère, « *le diagnostic peut aider à mettre des mots sur les souffrances mais il est stigmatisant !* »

2.2.2 Thématique 2 : culture de soins : « l'obédience » des services

Les trois personnes avec lesquelles je me suis entretenu définissent la culture des services en ce qui rassemble tous les professionnels d'un service à travers une conception du soin, une approche commune de la santé mentale. Pour eux, la culture peut être un risque pour la prise en charge. L'obédience à un mouvement de soins peut enfermer la vision des soignants à travers une simple direction, fermant la porte aux autres possibles. La déléguée de l'UNAFAM explique son soulagement quand le mouvement psychanalytique a perdu de l'ampleur dans les services. La famille n'était pas prise en charge et stigmatisée. Étant mère de deux filles diagnostiquées schizophrènes, on lui rapportait régulièrement qu'elle était la cause de tous leurs problèmes.

L'autre point sur lequel ils s'accordent est que la culture du service, la conception du soin, doivent se baser sur des valeurs fortes : « ensemble, partage, collaboration, coopération, participation, posture humaine ». Elles ne devraient pas être un axe théorique à suivre à tout prix mais bien un ensemble de valeurs permettant l'évolution d'une posture professionnelle ouverte sur l'autre.

2.2.3 Thématique 3 : culture d'action

La culture d'action désigne la manière dont les soins sont pratiqués par le collectif soignant dans un service et un secteur particulier.

Effectivement, les trois personnes avec lesquelles je me suis entretenu rapportent que certains services ont des pratiques bien spécifiques partagées par le collectif. Des soins pouvant être bien traitants ou alors maltraitants selon la manière dont ils sont prodigués. Ils expliquent que ces pratiques sont directement liées au collectif et à la conception collective du soin des professionnels et donc la culture de soins du service.

Prenons l'exemple de la chambre d'isolement selon le vécu de l'usagère. Elle raconte que tous les infirmiers et médecins expliquaient que, si elle ne prenait pas son traitement, elle se retrouverait en chambre d'isolement et qu'il lui serait injecté en intra musculaire. La chambre d'isolement est bien la punition. Cette pratique était partagée par tous les soignants du service. La question de la maltraitance n'est pas évoquée car les soignants savaient ce qui était le mieux pour elle. Néanmoins, pour l'usagère, le traitement était très lourd avec de nombreux effets indésirables : prise de poids, somnolence, difficulté à penser, perte de libido...

Le chercheur en sociologie explique que de nombreux soins sont pratiqués collectivement pour faire front face aux malades, à la famille, ou encore à d'autres secteurs de psychiatrie. « *Ensemble, ils sont forts !* ». Néanmoins, il évoque le fait que dans certains services, avec une culture humaniste centrée sur la rencontre et la personne, aux pratiques bien-traitantes, une chambre d'apaisement sensoriel est proposée à l'usager en amont de la crise et le traitement est discuté et proposé comme une expérience. Ces approches sont pratiquées par le collectif soignant en se basant sur leurs valeurs partagées. Encore une fois, la culture d'action est liée à la conception collective du soin et aux valeurs partagées par chacun. Le chercheur explique que, dans ces services, les professionnels sont engagés et ne comptent pas leurs heures.

2.2.4 Thématique 4 : Rayonnement et répliation

A travers les expériences partagées lors de ces trois rencontres, j'ai pu constater qu'il existe de nombreux services en difficulté dans la santé mentale, en témoigne le vécu des usagers. Néanmoins, chacune des trois personnes que j'ai interrogées ont fait le récit de lieux singuliers où il s'est passé une rencontre forte, marquant leur propre vie. Proche, usagère ou professionnel, ils sont convaincus que les choses peuvent évoluer vers un mieux si le partage de valeurs est possible. Nous parlerons dans ce cas de rayonnement des valeurs.

Répliquer des protocoles de soins est difficile, voire impossible. Prenons l'exemple des salons *Wavecare* mis en place par le sociologue et son équipe. Ce lieu de stimuli sonores, visuels avec un mobilier accueillant n'est pas à proprement parler une alternative à l'isolement. Il est utilisé dans un contexte de volontariat, en amont de la crise et implique que chaque soignant partage ces valeurs d'accompagnement. La mise en place de directives anticipées par l'usager et les équipes permet de mettre en évidence des prodromes de la crise. Même si ce projet est une réussite pour ce secteur, il est en décalage avec les pratiques courantes en psychiatrie. Le regard des autres secteurs rajoute de la difficulté au projet : « *On nous regarde et ils attendent*

que l'on se casse la gueule ! » (d'après le sociologue lors des entretiens exploratoires). Néanmoins, un directeur d'établissement a décidé de répliquer le concept de salons *Wavecare*. Le but est bien de diminuer le nombre de soins sous contrainte et de valoriser le partenariat en santé, directive qui vient aussi des établissements de tutelle. Malgré des milliers d'euros investis, ce projet se solde par un échec. Les professionnels d'autres services ne comprennent pas le but du concept, qui ne rentre pas dans leur conception du soin et donc dans leur culture d'action. Cela signifierait qu'une répllication ne serait possible qu'en prenant en compte la culture d'action d'un service. Le rayonnement de valeurs humanistes pourrait être un atout pour partager une conception commune.

3 Problématisation

Si un service de psychiatrie est un lieu de soins où le rétablissement serait le résultat attendu, comment se fait-il que certains patients en aient un vécu traumatisant ? De nouveaux concepts de soins permettant de remettre le patient au centre de la prise en charge sont portés par les tutelles : *l'empowerment*, les directives anticipées, le rétablissement, le patient expert... Sont-ce réellement de nouveaux concepts ? Comment se fait-il que la mise en place de ces pratiques ne soit pas répandue dans nos organisations de soins ?

Comment se fait-il qu'un professionnel formé, souhaitant travailler en santé mentale, motivé par la discipline, se retrouve à pratiquer des soins qui sont vécus comme maltraitants par les usagers ?

A travers ces questionnements, nous pouvons dégager la question de recherche suivante : si la posture professionnelle se construit à travers la culture de soins et la culture d'action, en quoi influe-t-elle sur la qualité des soins en santé mentale ?

En quoi la posture professionnelle, construite par la culture de soins et la culture d'actions, influe-t-elle sur la qualité des soins en santé mentale ?

La première hypothèse est que la culture d'action, portée par la culture de soins du service, aurait un impact sur les soins prodigués par les professionnels de santé. Ainsi, la culture humaniste serait garante d'une amélioration de la qualité des soins.

La seconde hypothèse est que la culture de soins du service serait un frein à la possibilité de répliquer des modèles de soins. Cette réplification ne serait possible qu'en la prenant en compte.

4 Méthodes d'enquêtes

4.1 Choix des outils

Concernant le travail d'enquête sur le terrain, l'outil privilégié a été l'entretien individuel semi-directif qui permet de collecter des données d'analyse dans une démarche d'étude qualitative. L'objectif est de comprendre comment les mécanismes de comportement se fondent sur les motivations et les freins. Un guide d'entretien a été élaboré afin de diriger l'entretien autour du sujet (annexe 1). Dans une posture centrée sur la personne, le chercheur choisit des questions ouvertes permettant une ouverture sur le sujet. Des questions de relance ont permis d'explicitier les propos de l'interviewé. De plus, dans le but d'approfondir certains sujets, des questions de précision ont été élaborées. Lors des entretiens, la reformulation a permis de clarifier les dires des interviewés.

Afin d'élargir l'analyse, l'observation a été choisie comme outil complémentaire. Une grille d'observation, basée sur les attributs de la relation d'aide décrite par Carl Rogers, a permis d'objectiver la posture des professionnels sur leur lieu de travail (annexe 2). Cet outil est au service des entretiens. La difficulté de cette approche était de réussir à dégager suffisamment de temps pour recueillir un nombre significatif de données et de pouvoir les exploiter de manière qualitative.

Dans le cadre du « Module 4 : Fonction d'encadrement » de nos études à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences en double cursus avec le Master 1 : « Économie sociale et solidaire, Santé, protection et économie sociale » à l'Université Gustave Eiffel, il nous avait été demandé de réaliser un projet autour des concepts d'ergonomie (annexe 3). Cette démarche d'ergonomie est effectuée lors du stage M4 au poste de cadre de santé à l'Unité de Crise du département de psychiatrie. Ce n'est pas à proprement parler un outil d'enquête supplémentaire mais bien un travail complémentaire au service de l'enquête. Dans cet exercice, le but était de proposer un nouveau modèle de soins afin d'améliorer la qualité de prise en soins de la violence. Un salon d'apaisement de type *wavecare* a été proposé et validé par l'équipe ainsi que la direction de l'hôpital, avec une ouverture en juin 2022. L'objectif de l'utilisation de ce travail complémentaire au service de l'enquête est d'affiner l'analyse sur le phénomène de réplication d'un modèle de soins. Dans ce

cas, le modèle répliqué est un modèle de soins danois basé sur les concepts de rétablissement, d'inclusion sociale et d'*empowerment*.

4.2 Choix des lieux

Pour le choix des lieux d'enquête, il fut intéressant de privilégier des lieux en-dehors de mon lieu d'exercice professionnel. L'objectif a été de découvrir pleinement d'autres modèles de soins et d'autres manières de penser la qualité des prises en charge dans les institutions. Les critères d'inclusion des services dans la recherche impliquaient de choisir des unités de santé mentale avec des modèles et des approches de soins différentes : d'une approche humaniste à une approche critériologique. Trois services ont été retenus afin de participer à ce travail. Il semblait aussi important de sélectionner des unités ayant des temporalités différentes dans la prise en soins : une unité de crise pédopsychiatrique, une unité d'hospitalisation psychiatrique de secteur et une unité extrahospitalière d'équipe mobile. Pour faciliter la compréhension de ce travail de recherche, on différenciera les unités par une lettre : Unité A, Unité B et Unité C. Cette diversité d'unités avait pour but d'observer différentes temporalités de prise en charge et d'identifier leur approche du soin, dans l'objectif d'identifier des cultures d'action en fonction des unités et de les mettre en lien avec la qualité des soins.

Le premier lieu d'enquête est un service de crise pédopsychiatrique (Unité A) qui se trouve dans un établissement privé à but non lucratif situé dans la région parisienne. Cet hôpital a une offre des soins très variée. Il couvre un large champ de pathologies médicales et chirurgicales. L'unité de crise appartient au plus petit département de l'établissement, le département de pédopsychiatrie. Il est constitué de trois unités : un hôpital de jour (HDJ), une unité d'hospitalisation pour des troubles de la conduite alimentaire (TCA) et une unité de crise. Ce département est un centre ressource dans le domaine de la pédopsychiatrie. De nombreuses publications de recherche émergent de ce département, ce qui le rend très médiatique. L'unité de crise intersectorielle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire d'une trentaine de personnes (médecins pédopsychiatres, infirmiers, cadre de santé, secrétaires, psychomotricienne, ergothérapeute, assistantes sociales, art-thérapeutes, psychologues). Elle a une capacité de huit lits. Elle accueille des adolescents, dans la mixité, âgés de treize à dix-huit ans. Le département psychiatrique a une mission de soins, d'enseignement et de recherche. Elle se présente dans leur projet de service comme une unité de thérapie institutionnelle avec une approche humaniste.

Les deux autres unités appartiennent à un centre hospitalier de santé mentale de référence dans la région lyonnaise. Ce centre est organisé en pôles d'activité clinique. Il existe de nombreux services intra et extrahospitaliers répartis sur quinze pôles. Réparti selon les règles de la psychiatrie de secteur, cet établissement couvre presque la moitié du département du Rhône. Ces deux unités appartiennent au même pôle, avec une sectorisation différente. La première est une unité d'équipe mobile (Unité B). Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire d'une vingtaine de personnes (médecins psychiatres, infirmiers, IPA, aide-soignant, patient expert, assistante sociale, psychologues). La seconde unité est un service d'hospitalisation psychiatrique de secteur (Unité C). Les hospitalisations peuvent être en soins libres ou sous contrainte (SPDT, SPDTU, SPDRE, SPPI). La capacité d'accueil est de 22 lits. Ces deux services sont des unités pilotes qui ont vu le jour il y a près de deux ans. D'après leur projet de pôle, ils basent leurs prises en charge sur le rétablissement, l'inclusion sociale (utilisent plus souvent de terme réhabilitation ou encore « réhab ») et l'*empowerment*. Ils se présentent avec une expertise critériologique des pathologies mentales.

L'objectif d'inclure ces trois unités était de pouvoir rencontrer un certain nombre de professionnels offrant leurs regards sur ce qu'est la qualité des soins à travers leurs expériences. Ces trois services sont nationalement réputés. Leurs réputations seraient dues à la bonne qualité de leurs prises en charge, leur système d'innovation et leur ouverture à des modèles de prises en charge internationaux qui ont fait leurs preuves selon la littérature. Chacun de ces services a une activité de recherche et publie des articles régulièrement. Ils sont par ailleurs médiatisés à de nombreuses reprises.

Dans chaque unité, quatre entretiens ont été menés, accompagnés d'un temps d'observation dans le service.

4.3 Choix de la population

Afin de récupérer suffisamment de données d'analyse, quatre entretiens semi-directifs ont été menés dans chaque unité. Effectivement, il était important d'effectuer le même nombre d'entretiens par unité pour limiter les biais. Plutôt que de choisir une classe socioprofessionnelle en particulier, les entretiens ont été menés avec un maximum de professions gravitant autour du patient. Il semblait compliqué de travailler la question de la qualité des soins et la culture d'action sans s'entretenir avec un échantillon significatif de professions. La qualité d'une prise en charge se retrouve dans la collaboration d'une équipe interdisciplinaire. Chaque personne

est un maillon du soin : interviewer le plus grand nombre de professions possible permet de questionner le concept de la culture d'action.

Pour objectiver au maximum la recherche, le but a été de respecter la mixité des entretiens homme / femme, de mélanger les anciennetés dans le service et dans la fonction (annexe 4). Pour faciliter et respecter l'anonymat des interviewés, les prénoms ont été changés. Par faute de temps, il n'a pas été possible de tendre vers un équilibre parfait de l'échantillon.

Professions interviewées sur les douze entretiens menés :

- Cadres de santé : 2
- IDE : 4
- Médecins psychiatres chefs de service : 2
- IPA : 1
- Médiateur santé-pair : 1
- Aides-soignantes : 2

Dans une démarche de partenariat en santé, l'utilisateur a une place singulière dans la collaboration des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles. Cependant, en raison du temps restreint pour réaliser cette enquête, il n'a pas été possible d'inclure des usagers ou leur entourage. Néanmoins, dans les entretiens du travail exploratoire, l'un a été mené avec une patiente et l'autre avec une mère de patiente. Par ailleurs, les temps d'observation dans les unités A et C ont permis la réalisation de 5 entretiens informels avec des usagers en cours d'hospitalisations.

4.4 Sollicitation des interviewés

Pour l'unité A, la demande a été faite en présentiel. Effectivement, c'est le lieu où j'ai effectué un stage d'un mois lors du module 4 « Fonction de cadre » de la formation des cadres de santé. Les entretiens ont été menés en aval du stage afin de limiter les biais et de cloisonner entre le travail demandé lors du stage et ce travail de recherche. Ce choix a été motivé par la culture singulière de la pédopsychiatrie.

Pour les unités B et C, c'est un ancien collègue qui m'a introduit dans les deux équipes, au sein desquelles il travaille actuellement. Il est chercheur sociologue et coordonne des projets au sein de ce pôle et de cette région. Afin de limiter les biais relationnels durant ces entretiens,

le choix a été fait de les réaliser lorsqu'il était absent pour ne pas influencer davantage la relation avec les interviewés.

Pour les trois unités, la même question a été posée, le thème n'a été évoqué que de manière large, sans exposer la problématique ni les hypothèses. Le contexte de ces entretiens a été expliqué, ainsi que les limites de ce travail. L'objectif était d'incarner une posture basse et humble pour limiter certains jeux relationnels avec des personnes interviewées ayant une posture de dominant. Hélène Chamboredon, Fabienne Pavis, Muriel Surdez et Laurent Willemez expliquent dans leur article « *S'imposer aux imposants* » que les caractéristiques sociales entraînent une position de dominant / dominé, ce phénomène étant accentué par le fait d'être débutant et étudiant. Assumer une posture de novice et incarner une attitude émotionnellement neutre ont permis de diminuer le désir de l'autre d'avoir l'ascendant sur l'enquêteur.

La question qui a été posée pour solliciter les personnes interviewées est la suivante : « Seriez-vous volontaire et disponible pour un entretien de recherche, dans le cadre d'un travail de fin d'études de cadre de santé en double cursus avec un master 1 de sciences sociales ? Ce travail de recherche questionne la qualité des soins dans les prises en charge. »

4.5 Déroulé et conditions d'entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur trois jours (un jour par unité). Cela représentait donc 4 entretiens par jour et par unité, de 8 heures à 19 heures. L'objectif a été de les espacer afin d'avoir du temps libre entre chaque entretien. La difficulté a été de réussir à mener 4 entretiens sur une journée, ce travail d'enquête nécessitant une grande concentration.

Un même guide d'entretien a été utilisé pour tous les professionnels interviewés, sans différencier la profession. Afin de tendre vers une objectivité des données recueillies et de rendre l'analyse possible, les mêmes thèmes ont été abordés selon le guide d'entretien (annexe 5).

L'entretien commençait par la présentation de l'interviewer et les conditions de l'entretien : étudiant CDS / travail de recherche / cadre de la recherche : qualité des soins en santé mentale / anonyme / accord pour l'enregistrement.

Puis l'objectif était d'obtenir une présentation exhaustive du parcours de l'interviewé et de comprendre son choix de la discipline en santé mentale. Cela a permis de créer une relation

d'échange et de saisir son engagement et sa motivation pour son travail. Il était invité à expliquer son rôle au sein de son équipe.

Ensuite, il était important d'aborder les pratiques dans le service : l'organisation du travail, le travail en collaboration, les habitudes du service, les habitudes dans les prises en charge des usagers. Cela donnait l'occasion de valider une pratique commune, singulière à leur équipe et leur service. Effectivement, interroger frontalement sur la culture d'action n'aurait donné que très peu de résultat d'analyse. C'est un concept peu voire pas connu par les équipes soignantes. Détourner le terme de culture d'action a permis de recueillir des données analysables sur ce concept.

Après avoir questionné sur la relation soignant / soigné et la place de l'utilisateur dans le service, cela a permis d'aborder la qualité des soins : ce qu'elle représente pour l'interviewé, pour le service et sa place dans le service.

Afin d'approfondir sur la qualité des soins, la culture d'action et la posture professionnelle, l'objectif était d'aborder la prise en charge de la violence dans le service et de comparer, si possible, avec le parcours professionnel antérieur de l'interviewé. Effectivement, l'exemple de la prise en charge de la violence permet d'aborder un sujet sensible qui vient, entre autres, pousser le professionnel à identifier les résonances de cette violence et son impact sur la prise en charge de l'utilisateur.

Pour conclure l'entretien, l'objectif était de parler des nouveaux projets au sein de l'institution et du service. Il était intéressant d'observer l'ouverture ou non au changement de pratiques ainsi que la mise en place de nouveaux modèles de soins. Cela était l'occasion de recueillir des données d'analyse concernant les facteurs favorisant ou non les répliques de modèles de soins.

Enfin, chaque personne interviewée a été invitée à compléter l'entretien, s'il le souhaitait, ou d'ouvrir sur une thématique qui lui semblait importante en lien avec la qualité des soins et les pratiques dans leurs services.

Dans chaque unité, l'accueil fut chaleureux et chaque professionnel se sentait investi dans cette recherche. Les entretiens se sont tous déroulés dans des salons ou bureaux professionnels, isolés du bruit et de l'agitation de la vie du service (annexe 6). Nous n'avons que très peu été dérangés par des visites ou des appels et cela n'a eu aucune incidence sur la qualité des entretiens. Les professionnels avaient tous bloqué le rendez-vous sur leur planning

pour une durée d'une heure. Un entretien a semblé plus difficile, en raison de la posture fermée de l'infirmier interviewé.

4.6 Déroulés et conditions des observations dans les services

Les temps d'observation se sont déroulés dans les unités durant les journées d'entretiens. Échelonner 4 entretiens sur la journée et par unité a permis de créer des temps du temps libre où la demande était de rester dans le service dans l'attente de l'entretien suivant. Le risque de cette méthode était d'obtenir un refus de l'équipe et/ou du cadre, ce qui n'aurait permis aucune observation. Heureusement, à chaque entretien, les équipes m'ont invité à rester. Pour les unités B et C, cela paraissait évident car je venais de loin. Le professionnel avec qui l'entretien venait d'être effectué me présentait au reste de l'équipe et des usagers. Il introduisait ma venue en expliquant ma place d'étudiant chercheur qui, comme eux, était soumis au secret professionnel et aux règles de confidentialité.

Cela a permis d'obtenir au minimum 5 heures d'observation dans chaque unité, découpées en plusieurs séquences (annexe 7). Des temps de transmission, des séquences de soins et des temps informels dans le service ont pu être observés. Les temps informels comportent des temps d'échanges entre collègues mais aussi dans le service avec des usagers. Dans les unités A et C, ces temps d'observation furent l'occasion de rencontres singulières avec des usagers lors d'échange informels. Autour d'un café ou d'une cigarette, certains usagers se sont ouverts sur leur vécu de la santé mentale. Néanmoins, ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'un guide et n'ont pas été enregistrés : ils sont restés informels, non directifs, dans une relation centrée sur l'autre. À la suite de ces rencontres, des notes ont été prises afin d'enrichir l'analyse de cette recherche. L'unité B étant une équipe mobile, il n'y avait que des professionnels dans le bureau.

L'objectif a été d'observer les postures professionnelles dans différentes séquences relationnelles et de les mettre en relation avec la posture humaniste. Pour répondre à cet objectif, une grille d'observation a été créée, basée sur les attributs de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. Les critères d'observation sont constitués des attributs de cette relation et nécessitent donc d'être attentif aux différents niveaux d'écoute, l'acceptation, l'absence de jugement, l'empathie, la congruence, l'utilisation de la reformulation et la confiance. Chaque critère est constitué de nombreux sous-critères afin d'objectiver l'observation. Le but a été d'observer si la posture était individuelle ou si elle se retrouvait chez les professionnels de

chaque équipe. L'unité A se présente comme une unité se basant sur la thérapie institutionnelle. Les unités B et C sont centrées sur le rétablissement, l'inclusion sociale et l'*empowerment*. Les professionnels incarnent-ils ces cultures dans leur travail ?

L'observation est une méthodologie d'investigation qui nécessite du temps et beaucoup de méthodologie. Le temps passé dans chaque service a permis de recueillir des données d'analyse mais il aurait été intéressant d'y rester plus longtemps et d'observer plus de lieux pour objectiver ces données. Afin de ne pas modifier les comportements des personnes observées, les prises de notes étaient faites après les temps d'observation. Cela a nécessité une connaissance parfaite de la grille d'observation et nécessairement engendré une perte d'éléments recueillis.

Ayant passé 4 semaines de stage dans l'unité A, il m'était plus facile d'avoir une vision globale et d'incarner une posture d'observateur discrète. Dans les unités B et C, c'est un ancien collègue qui m'a introduit dans le service. Cela a sûrement influencé la relation avec les professionnels de ces unités.

5 Analyse de l'enquête

Pour analyser les données récoltées à travers les différents outils d'enquête (entretien semi-directif, observation, travail complémentaire au service de la recherche), le choix a été fait de dégager des thèmes et de les mettre en lien avec les concepts explorés et les hypothèses avancées. Par la suite, une discussion sera menée afin de répondre aux hypothèses.

Il n'a pas semblé nécessaire d'effectuer cette analyse en distinguant les différents cœurs de métiers. Effectivement, pour la totalité des personnes interviewées, l'équipe se définit au-delà d'une catégorie socioprofessionnelle. Certains évoquent parfois des difficultés et des conflits mais, par exemple, Anne (AS) nous dit : « *Ici on s'engueule mais heureusement on peut parler des problèmes !* ». Cette idée se retrouve dans chaque entretien. Néanmoins, chaque unité a une spécificité de soin qui lui est singulière. Il est donc nécessaire de mener l'analyse service par service.

5.1 Parcours et intérêts pour la santé mentale

Chaque professionnel a pour point commun le choix de la discipline en santé mentale. 75% des professionnels interrogés ont commencé leur carrière en psychiatrie. Les 25% restants ont eu une première expérience professionnelle en médecine chirurgie obstétrique (MCO) d'une durée moyenne de 3 ans. Alain, médiateur en santé-pair, a été pendant 26 ans ingénieur informaticien. Néanmoins, il explique qu'il a toujours connu la psychiatrie. Il témoigne de ses 27 ans d'expérience en santé mentale : « *J'ai passé 25 ans en tant que patient et 2 ans en tant que professionnel. J'ai donc la meilleure motivation pour m'impliquer* ».

Pour chacun d'entre eux, le choix d'exercer la psychiatrie a été motivé par les soins relationnels et le fait d'avoir le temps de penser le soin en équipe. 83% des interviewés évoquent le travail en collaboration comme vecteur d'attractivité de cette spécialité. Avec une ancienneté de 2 à 35 ans dans la discipline, 100% des professionnels interviewés sont animés et portés par leur poste actuel. Certains mentionnent des fatigues professionnelles, toutefois passagères. Ils évoquent tous une discipline stimulante par son approche bio-psycho-sociale. Pour Elizabeth (Infirmière ISP – Unité A) : « *Prendre soin du corps est aussi important que de prendre soin de la psyché* ».

Les soignants ayant eu une expérience professionnelle en MCO évoquent de grandes différences de fonctionnements et surtout une autre manière de penser le soin : « *Ici, je ne suis*

pas un simple infirmier, le médecin m'écoute et on pense la suite des soins ensemble. », explique Marc (IDE – Unité A). L'organisation en MCO serait bureaucratique et verticale tandis que la santé mentale tendrait vers l'horizontalité. Certains évoquent même la thérapie institutionnelle comme moteur de leur travail. Ce modèle pourrait s'affilier à celui de l'entreprise libérée décrit par Isaac Getz¹ en sociologie des organisations. L'hôpital serait alors pensé comme un outil de soins dédié aux usagers. Pour Mégane (Chef de service – Unité B), le travail d'équipe se fait au-delà du métier : « *Nous pensons et vivons le soin ensemble pour le patient, c'est clairement différent des services somatiques* ».

Pour 75% des interviewés, la santé mentale est une discipline qui nécessite un travail introspectif pour réussir à prendre soin de l'autre. Ils décrivent cette approche comme stimulante, qui permettrait, pour eux, un développement personnel. La philosophie serait d'être à l'écoute de soi pour être à l'écoute de l'autre.

Les choix de leurs métiers sont chargés de convictions, de valeurs ancrées dans une déontologie personnelle qu'ils souhaitent partager et penser en collectif. La représentation du travail en psychiatrie est commune, ils évoquent une philosophie singulière. Le choix de cette discipline a été motivé par un modèle de soins qu'ils n'ont pas trouvé dans d'autres typologies de services. D'après la définition de la culture de Claude Lévi-Strauss², nous pouvons déjà établir qu'il y a une culture singulière à la santé mentale. Effectivement, à travers les représentations et les croyances des personnes interviewées, nous pouvons observer un « écart significatif » (Lévi-Strauss, 1958, p. 32) entre la culture en soins somatiques et la santé mentale.

S'il existe une différence de culture, de philosophie entre les soins somatiques et psychiatriques, pouvons-nous identifier une diversité de cultures de soins en santé mentale à travers les services et les spécialités de cette discipline ?

5.2 Une approche professionnelle singulière

Même si la psychiatrie a une culture de soins spécifique, il est intéressant d'observer l'approche des professionnels unité par unité. Effectivement, chacune a sa spécificité de soins. De la crise de l'adolescent à l'hospitalisation de secteur en passant par une prise en charge ambulatoire en équipe mobile, l'utilisateur a l'occasion de rencontrer des manières diverses de

¹ Isaac Getz : docteur en psychologie. Il a conceptualisé la notion d'entreprise libérée dans les années 1970.

² Claude Lévi-Strauss : anthropologue et ethnologue. Ses travaux en science humaines et sociales ont exercé une influence mondiale dans la deuxième partie du XX^e siècle.

concevoir et pratiquer le soin. Les professionnels interviewés ont une approche singulière qui correspond à leur unité. D'un service à l'autre, nous pouvons distinguer des différences significatives, voire des divergences.

Commençons par analyser les unités B et C, qui comportent de nombreuses similitudes dans leurs manières de penser et concevoir leurs pratiques professionnelles. Effectivement, ce sont toutes deux des unités pilotes rattachées au même pôle, portant un projet de soins basé sur des convictions très fortes. Afin d'ouvrir ces deux services, le pôle a dû réaffecter des agents et recruter de nouveaux professionnels. Les interviewés m'expliquent comment l'administration de l'hôpital et les responsables du pôle se sont organisés pour refondre leur département. Chaque salarié a eu la possibilité d'exprimer des vœux d'affectation au sein des services du pôle, dont les unités B et C. Afin de rendre ces deux nouveaux services attractifs, leurs valeurs et la modernité des prises en charge ont été mises en avant : rétablissement, réhabilitation et *empowerment*. Cela n'a pas suffi pour attirer les salariés du pôle, les responsables ont été obligés de recruter de nouveaux professionnels. Mégane (médecin chef de service – Unité B) et Théophile (IDE – Unité C) m'expliquent que leurs anciens collègues n'osaient pas rejoindre leurs unités car le projet était nouveau et instable. Ils rajoutent que certains n'étaient pas en accord avec les projets de services et la manière de prendre en charge les usagers : « *Certains collègues me disaient que j'étais fou, si on écoute un schizophrène décompensé rien n'allait avancer pour lui.* » (Théophile). Effectivement, ces personnes questionnaient les valeurs et la culture de soins de ces nouveaux services. Néanmoins, aujourd'hui, plus aucun poste n'est à pourvoir dans ces deux unités. Chaque professionnel se sent épanoui dans son travail. Ils expliquent qu'ils sont venus dans ce service dans l'objectif de trouver un renouveau et avoir enfin la possibilité de changer les choses. Nous pouvons observer un engagement commun à chaque salarié.

Dans les unités B et C, même si la temporalité des soins est foncièrement différente, l'approche professionnelle est partagée à 100% par les personnes interviewées. Ils s'accordent pour penser le soin comme un accompagnement de l'utilisateur. Leur ligne directrice est de créer une relation forte et humaniste entre collègues et avec les usagers. Certains, comme Pierre (IDE – Unité B), se considèrent davantage comme des coordinateurs du parcours de soins. 75% évoquent lors des entretiens une approche professionnelle centrée sur la culture de rétablissement, de réhabilitation sociale et *d'empowerment*. Alain (médiateur en santé-pair – Unité B) dit : « *Il faut penser et vivre le soin comme une expérience inédite et marquante. Ce*

qui est habituel, pour nous soignant, est exceptionnel pour l'utilisateur. ». L'approche rogérienne³ est évoquée à de nombreuses reprises comme étant la meilleure manière de penser le soin. Théophile, jeune infirmier (Unité C), va jusqu'à dire : « *L'approche rogérienne est un outil exceptionnel pour apprendre quand on est débutant, elle évite de faire des bêtises.* ». Les soins sont pensés tournés vers l'extérieur, centrés sur la réhabilitation, au rythme et selon les désirs de l'utilisateur. Cédric (CDS – Unité C) dit : « *Aujourd'hui, l'intra n'est plus au centre des soins, ce sont les CMP et les équipes mobiles* ». Dans leur vision, l'utilisateur est un collaborateur des soins. Il a une place particulière dans la prise de décisions concernant ses soins. Ces professionnels pensent le soin comme une ouverture à l'autre. Guillaume (IPA – Unité C) explique l'importance d'être ouvert aux collègues, aux utilisateurs mais aussi au monde. L'ouverture permet pour lui de penser et de développer leurs pratiques en tant que professionnels de santé.

Lors du temps d'observation dans ces deux services, que ce soit avec les utilisateurs ou entre collègues, les professionnels incarnaient une posture centrée sur la personne. Effectivement, dans une approche empathique, l'interlocuteur paraissait accueilli et compris. Le niveau d'écoute était centré sur l'émotion des utilisateurs sans craindre d'être embarqué par celle-ci. Dans une attitude d'acceptation et de non-jugement, les professionnels étaient capables d'accueillir des sujets difficiles : divergence d'opinions entre collègues, idées suicidaires d'un utilisateur ou encore colère d'un utilisateur à la suite d'une frustration. Ils étaient dans une relation interpersonnelle centrée sur leur propre vécu, sans juger les dires des interlocuteurs. Les données recueillies lors des observations sont en adéquation avec celles récoltées lors des entretiens.

Dans l'unité A, l'idée qui ressortait de chaque entretien était la place d'expert de l'équipe. Effectivement, ce service est réputé nationalement pour ses connaissances et son expertise dans la clinique de l'adolescent. Margaux (médecin chef de service) évoque une posture humaniste en voulant impulser une dynamique de thérapie institutionnelle. Catherine (CDS) explique son approche centrée sur la personne. Elle fait référence à Carl Rogers et à la thérapie institutionnelles qu'elle pratiquait dans son ancien service. Elle ajoute, avec un air nostalgique : « *Ici on en est bien loin !* ». Elle rationalise en expliquant que « *La clinique de l'adolescent est très particulière et il ne serait pas possible de faire ici ce que l'on faisait dans mon ancien*

³ L'approche rogérienne fait référence aux travaux de Carl Rogers, plus particulièrement l'approche centrée sur la personne.

service ». Cette idée de spécificité de la clinique de l'adolescent est une vision partagée par toutes les personnes interviewées. Elle nécessite une grande expertise clinique avec une approche critériologique et sémiologique de la maladie. L'utilisateur est malade et les soignants doivent le soigner. Effectivement, les professionnels font le récit de leurs performances en termes de formations et de savoirs. Marc (IDE) raconte qu'il est en Master 2 en neuropsychologie. Il souhaite développer ses connaissances pour affiner son expertise et sa vision clinique de la pédopsychiatrie. Elizabeth (infirmière ISP) dit avoir « *une approche relationnelle très développée* », pour elle c'est le moyen de « *barrer le comportement parfois manipulateur de l'adolescent* ». Elle a une formation de thérapeute systémique qu'elle utilise dans les entretiens de médiation familiale. Margaux (médecin chef de service) co-écrit, avec l'équipe du service, de nombreux articles de recherche scientifique très pointue dans le domaine.

Lors des observations au sein du service, il était intéressant de constater l'écart entre les dires des professionnels et les faits observés. Effectivement, au cours d'échanges informels, de nombreux professionnels vantaient la posture humaniste, dans un mouvement de thérapie institutionnelle, du service. Cependant, ce qui a pu être observé est une posture d'expert du sujet. La clinique est au centre des échanges. Les infirmiers rapportent les signes cliniques lors des réunions de synthèse et des temps de transmissions aux médecins. Ils basent leurs prises en charge sur les aspects critériologique et sémiologique de la maladie. Ils traitent un symptôme avec un regard et une posture de sachant. C'est une organisation de service médico-centrée avec un pouvoir descendant, le *leader* étant le chef de département pédopsychiatrique de l'unité.

Incontestablement, les unités B et C n'ont pas la même manière de penser le soin que l'unité A. Leurs approches professionnelles sont singulières et ne se ressemblent pas. Elles se basent sur des valeurs et des croyances fortes qui divergent entre elles. Elles ont chacune une configuration particulière de la vision du soin. On trouve dans chaque service des symboles forts et des éléments typiques. D'un côté, l'utilisateur est « collaborateur ». De l'autre, il est « malade ». Nous pouvons même parler de représentation héroïque dans certain cas, avec l'idéalisation de Carl Rogers (pour les unités B et C) ou encore la place héroïque du chef de département psychiatrique, qui est une figure patriarcale (pour l'unité A). Chaque nouvel arrivant est doublé pendant 3 semaines au minimum dans chacune de ces unités. Il y a une transmission quotidienne de la vision du soin : le nouvel arrivant est progressivement acculturé. La philosophie de soins est partagée par la majorité des membres de l'équipe. Marc (IDE –

Unité A) explique qu'il avait quitté son dernier poste : « *Je ne me retrouvais plus dans ce service* ». Les entretiens ont permis de révéler un réel sentiment d'appartenance de la part de chaque professionnel et l'observation a mis leurs postures en lumière.

A travers ces données, il est possible de dégager deux cultures de soins qui divergent de manière significative dans une même discipline. Les unités B et C auraient une culture humaniste du soin, en incarnant une posture centrée sur la personne, et l'unité A une culture critériologique et sémiologique du soin, en incarnant une posture de sachant.

5.3 Une singularité dans les pratiques de soins

Dans chaque unité, la notion d'équipe est prioritaire pour penser le soin. Le collectif permettrait, pour les soignants, de penser et améliorer les pratiques professionnelles. Néanmoins, les observations et les entretiens ont permis d'identifier des singularités dans la manière de travailler en équipe et de pratiquer les soins. Nous aborderons donc, dans ce point, leurs spécificités par unité.

5.3.1 Unité A

Pour la totalité des personnes interviewées de l'unité A, le travail d'équipe est décrit comme une collaboration au service du soin et du patient. Pour eux, cette collaboration permet de penser la clinique et rend possible les prises en charge des patients. Ils décrivent des relations interpersonnelles très fortes entre collègues. Catherine (CDS) et Margaux (médecin psychiatre chef de service) souhaitent tendre vers un modèle de thérapie institutionnelle. Pour ce faire, elles travaillent en binôme dans un management participatif. Elles aimeraient impulser une gouvernance partagée, ce qui n'est pas mis en place à ce jour.

Des séquences d'observation ont permis de mieux considérer leur travail en équipe. Lors des temps de transmissions, tous les propos sont dirigés vers le médecin. Dans une approche critériologique, l'équipe paramédicale relate les observations faites, au sujet du patient, aux médecins. Margaux est dans une co-construction : les soignants ont une place dans les prises de décision concernant le patient. Les deux autres médecins de l'équipe récoltent les données et prennent les décisions en les argumentant. La construction de l'équipe est médico-centrée : elle se fait autour des médecins. Ils sont les seuls à pouvoir prendre des décisions pour le patient. Les médecins prescrivent les traitements, les activités ainsi que les permissions. Lors d'un échange informel, une patiente explique : « *Ici, il faut parler au médecin directement si on veut*

quelque chose, pas la peine de perdre du temps avec les autres ». L'usager a une place de malade au sein de l'équipe. Il ne fait pas partie des prises de décisions le concernant. Par exemple, les traitements sont discutés en équipe et la décision de les modifier est prise sans l'avis du patient et en son absence. Il découvrira son nouveau traitement lorsqu'il lui sera délivré.

Dans ce service de pédopsychiatrie, il y a de nombreux entretiens de médiation avec l'entourage (parents et fratrie). Ces entretiens sont dirigés par le médecin, accompagné d'un infirmier. Lors d'un échange informel dans la salle de soins, un médecin nous explique le but de ces entretiens : *« Nous devons observer aussi le comportement de la famille pour comprendre le comportement de l'ado. Nous cherchons s'ils sont la cause des problèmes »*. Le médecin se place dans une posture d'enquêteur et de sachant. La famille n'est pas considérée, par l'équipe, comme un réel partenaire de la prise en charge.

La prise en charge du patient est réalisée à travers un cadre d'hospitalisation très strict, pensé par l'équipe médicale et paramédicale. Elizabeth (infirmière ISP) explique que cela est indispensable pour avoir une prise en charge cohérente du patient à travers tous les professionnels que le patient côtoie. Elle ajoute que ce cadre s'impose à tous les patients et que personne ne peut y déroger. Le cadre de la prise en charge est pensé pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 3 semaines. Marc (IDE) explique que les semaines sont ritualisées à travers des activités de médiation thérapeutique⁴ (se déroulant à l'intérieur ou à l'extérieur du service), les entretiens médicaux, les délivrances de traitements et les repas. La première semaine, le patient ne fait aucune activité extérieure. Il doit rester dans l'unité avec des temps d'isolement en chambre, minimum 3 heures durant la journée. Ce temps peut être augmenté en fonction de l'état clinique du patient. Durant cette semaine, le patient aura seulement le droit d'assister à l'activité au sein du service. Le but est que l'équipe puisse observer l'état de santé du patient. A la fin de cette première semaine, un point clinique en équipe (médicale et paramédicale) est réalisé afin d'ouvrir ou non le cadre. La deuxième semaine, si tout va bien, le patient pourra sortir en activité de médiation thérapeutique à l'extérieur du service. La troisième semaine, le patient pourra avoir des temps de permission à l'extérieur de l'hôpital. Margaux (médecin

⁴ Activités de médiation thérapeutique : activités ayant une visée thérapeutique, proposées en fonction des symptômes du malade. Se différencient des activités occupationnelles.

psychiatre chef de service) explique que ce cadre à une grande importance clinique : « *Il faut créer du cadre en pédopsychiatrie, il permet de développer le Surmoi⁵* ».

Nous pouvons observer que les pratiques de soins sont pensées à travers la culture de soins du service. Dans une approche critériologique et sémiologique, les professionnels incarnent une posture de sachants et d'experts. Elizabeth (infirmière ISP) dit : « *On est un service de référence tout de même, il faut nous faire confiance !* ». Les soins sont élaborés à travers un cadre très précis. Les soins s'individualisent dans la durée, au rythme de l'hospitalisation des patients. Pour l'équipe, chaque activité menée par les professionnels serait au service de l'observation clinique permettant l'instauration de thérapeutiques et une évaluation de l'évolution de la maladie. Catherine (CDS) décrit des résultats satisfaisants vis-à-vis des prises en charge : « *Les patients sortent et vont mieux ! Leurs familles sont contentes* ». Néanmoins, elle critique le cadre rigide porté par les médecins et les infirmiers. Elle témoigne de ses souffrances professionnelles liées à cette manière de prendre soin des patients : « *surtout si le but est de développer la thérapie institutionnelle* ».

5.3.2 Unité B

Dans cette unité d'équipe mobile, la notion de collectif est centrale dans la manière de concevoir le soin. Cette valeur est partagée par tous. Dans une ambiance horizontale, chacun a ses compétences et ses particularités. Mégane (médecin psychiatre chef de service) explique qu'elle impulse, avec le cadre, un management humaniste et participatif : « *Tout le monde peut prendre des décisions concernant le service et le patient, mais cela implique d'en parler en réunion d'équipe* ». Elle ajoute : « *Au début c'était difficile pour l'équipe, cela demande une grande autonomie et du professionnalisme pour que chacun des membres de l'équipe s'implique* ». La construction de l'équipe est pensée de manière horizontale. Chaque professionnel a un pouvoir d'action en fonction de sa relation avec le patient. Dans ce service, les médecins ne sont pas forcément référents du malade. Ils utilisent le principe de *case management*. Les professionnels deviennent des personnes ressources à travers la relation avec l'usager qui se crée aux détours du soin. Dans leur définition, le *case manager* peut être médecin, infirmier ou encore assistant social. Grâce à la relation mise en place, le *case manager*

⁵ « Le Surmoi correspond à la reconnaissance et à l'introjection des interdits et des recommandations parentales et sociétales. Le Surmoi enjoint le Moi à suivre ces messages moraux par rapport aux exigences des pulsions du Ça ». (Delbrouck, Ed. 2013, p. 71).

devient le coordinateur des soins de l'utilisateur. Il devient alors son référent aux yeux de l'institution.

Pour la totalité des professionnels interviewés, la confiance et le partage sont les moteurs d'un réel travail en équipe. Ils décrivent des relations interpersonnelles entre collègues très fortes. Pour Alain (médiateur en santé-pair), il est important de bien connaître ses collègues. Il dit : « *On doit savoir lire dans les yeux de son collègue* ». Les temps d'échanges en équipe sont nombreux, qu'ils soient formels ou informels. Le but est de parler du patient mais aussi de soi. Les professionnels travaillent beaucoup sur l'intuition et le ressenti des soignants. Ces échanges permettent, pour eux, d'objectiver leurs pensées. Cela nécessite une ouverture à l'autre dans le non-jugement. Sarah (aide-soignante) témoigne : « *Au début, c'était vraiment compliqué pour moi de m'ouvrir à mes collègues, parler de ses émotions c'est très intime. Mais aujourd'hui, je vois vraiment la différence dans la prise en charge de nos patients* ». Effectivement, pour chacun des membres de l'équipe, le soin implique un travail introspectif afin de s'ouvrir pleinement à la rencontre. Carl Rogers (1968, 2001), dans ses travaux sur l'approche centrée sur la personne, définit l'écoute sur trois niveaux. Le premier concerne l'écoute de ce qui est dit par l'interlocuteur. Le second vise à observer le comportement non verbal de la personne. Et le troisième niveau est l'écoute de soi. Il vise à un travail introspectif. Pour lui, l'écoute de soi permettrait l'écoute de l'autre. Elle permettrait d'aller de l'avant sur le terrain de l'authenticité et donc dans une relation plus juste. Cela permet d'être congruent et, de ce fait, d'inspirer un sentiment de confiance à l'interlocuteur.

Pour eux, le patient fait partie intégrante de l'équipe. Il a une place centrale dans les prises de décision le concernant. Alain dit : « *Le soin n'existe que dans le nous et l'ensemble, l'utilisateur fait bien évidemment partie du nous !* ». Il développe sur la notion d'engagement de la part des soignants dans la relation : « *En travaillant en santé mentale nous devons nous engager et nous mouiller dans la relation. Nous travaillons avec notre Moi⁶* ». Pour l'équipe, le soin commence par la création d'une relation avec l'utilisateur. Pierre (IDE) explique que c'est le patient qui choisit sur quoi il veut être aidé et accompagné. Dans l'approche centrée sur la personne, Carl Rogers parle de la notion d'acceptation. C'est le fait que le soignant accepte que n'importe

⁶ « Le Moi, instance intrapsychique, représente pour les psychanalystes le pôle défensif de la personnalité dans le conflit qui oppose les exigences du Ça, des pulsions et d'autre part de la tension créée par les impératifs du Surmoi (lois morales et sociales) et de la réalité. » (Delbrouck, Ed. 2013, p. 71).

quelle direction puisse être choisie. Cela permet de favoriser la restauration de l'image et l'estime de soi. De plus, cette posture prend en compte deux des huit besoins relationnels primaires décrits par Richard Erskine, Rebecca Trautmann et Janet Moursund⁷ (2019) (Annexe 8). Elle permettrait donc à l'utilisateur de se définir tel qu'il est, d'être validé et confirmé comme étant signifiant.

Le projet de soin est construit par l'utilisateur et les soignants. Dans une posture humaniste, l'équipe utilise les directives anticipées pour élaborer et penser le soin. Effectivement, au cours de sa maladie, le patient peut avoir des fluctuations de discernement. Les directives anticipées sont écrites par l'utilisateur accompagné de son *case manager*. Elles permettent de verbaliser ses volontés concernant sa prise en charge future. L'objectif de cette pratique est de réduire, selon l'équipe, les actes allant contre la volonté de la personne et de respecter la parole de l'utilisateur. C'est aussi un outil qui permettrait d'améliorer le dialogue avec les proches de l'utilisateur. Mégane (médecin psychiatre chef de service) dit que leurs soins ont pour principe « *d'aller vers* ». Cela implique d'aller vers une rencontre au rythme de l'utilisateur. La rencontre et la relation seraient les outils à privilégier afin de développer des soins centrés sur le rétablissement et la réhabilitation. Encore une fois, c'est l'utilisateur qui décide. Elle ajoute : « *S'il ne veut pas vivre l'expérience de ce traitement, il n'y a pas de problème, tant qu'il n'est pas dangereux pour lui-même ou pour les autres* ». La notion de folie serait donc pour eux subjective et liée à notre société.

Durant les entretiens, les interviewés ont été nombreux à comparer leur manière de pratiquer le soin avec leur ancien poste. Mégane évoque une politique plus verticale, médico centrée. Elle dit : « *Je n'aime pas dire ça mais en intra, le médecin décide les protocoles et rédige les prescriptions médicales. L'infirmier est un simple exécutant. Ils sont tellement en souffrance qu'ils ne sortent pas du côté opérationnel* ». Elle évoque des enjeux de pouvoir à travers les différents cœurs de métiers. Sarah (aide-soignante) dit : « *Ici on n'est pas du tout exécutant* ». Elle explique qu'avant elle effectuait « *juste son travail* ». Elle évoque aussi des jeux de pouvoir entre collègues et que le patient subissait dans une place d'observateur. Pour

⁷ Richard Erskine (Psychologue clinicien), Rebecca Trautmann (directrice clinique de l'Institut de psychothérapie intégrative de New York) et Janet Moursund (professeure en psychologie) : ont travaillé sur le modèle de la psychothérapie intégrative en se basant, entre autres, sur les travaux de Carl Rogers et d'Éric Berne (psychiatre psychanalyste, pionnier de l'analyse transactionnelle).

elle, les patients n'avaient pas leur mot à dire. Pierre (IDE) travaillait, dans son ancien poste, beaucoup plus avec la contrainte et la rigueur du cadre. Effectivement, la contrainte était utilisée comme un outil de soins. Le patient devait accepter et/ou le subir. En extra, il explique que c'est eux, professionnels, qui vont chez le patient et donc que c'est à eux de s'adapter au patient et non l'inverse. Pour ces trois professionnels, c'est un soulagement de travailler dans cette nouvelle unité. Ils sont enfin en accord avec leur déontologie.

5.3.3 Unité C

Dans ce service d'hospitalisation psychiatrique, la notion d'équipe est aussi au centre des projets et des convictions. Pour eux, tous les professionnels qui gravitent autour du patient sont des membres à part entière de l'équipe de soins. La collaboration, la confiance et le partage seraient au centre de la notion d'équipe. Ils parlent d'aller ensemble vers le soin. Cédric (CDS) définit l'équipe comme « [...] *au-delà du métier. Ici, l'équipe c'est tout le monde, y compris l'utilisateur* ». Théophile (IDE) pense l'équipe comme « *toute personne qui se trouve dans le service : de l'ASH au médecin en passant par les usagers* ». La confiance est pour eux un vecteur de la relation, que ce soit avec les collègues ou les usagers. En psychiatrie, les soignants ne sont pas habitués à faire confiance aux soignés. Souvent, l'état clinique et psychique du patient crée chez le professionnel une méfiance : instabilité psychique, risque d'hétéro-agressivité ou d'auto-agressivité... Carl Rogers (2001) explique l'importance de la confiance dans la relation d'aide. Ce regard inconditionnel et positif que porte le soignant sur l'utilisateur, en faisant confiance à l'élan vital qui conduit l'utilisateur à entrer en relation, lui permet d'être compris et validé. Cela rejoint de nouveau les huit besoins relationnels primaires définis par Richard Erskine, Rebecca Trautmann et Janet Moursund (2019). Cette confiance développe le sentiment de sécurité dans la relation, qui procure ainsi de la stabilité, du sérieux et de la fiabilité.

Le projet de cette nouvelle unité a été pensé par tous les soignants avec les usagers. Cédric (CDS) explique, en faisant le récit de l'ouverture de l'unité, que les patients ont été invités à de nombreuses réunions pour penser le soin dans cette unité : « *Ce projet a vu le jour grâce à l'implication de tous : professionnels et usagers* ». La place des usagers est mise en avant en leur donnant une possibilité d'avoir un impact pour changer la manière de soigner. Les professionnels se centrent sur les besoins des usagers. Guillaume (IPA) prend le parti suivant :

« *Beaucoup de choses ne s'apprennent pas dans les livres mais auprès de l'utilisateur. Il est le premier acteur dans cette construction* ».

Il existe une hiérarchie et une verticalité bureaucratique induites par le fonctionnement de l'hôpital, explique Cédric. Néanmoins, il décrit le service comme un « *village gaulois* » qui a une vision singulière du soin centré sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*. D'ailleurs, ce service serait exposé en raison de leurs nouvelles pratiques : « *Les autres services d'hospitalisation attendent que l'on se casse la gueule* » explique-t-il encore. Il ajoute qu'à l'échelle de l'établissement « *Il y a une guerre de courants de pensée* ». Cela rendrait très difficile le travail d'équipe avec d'autres unités.

Comme explicité ci-dessus, les soins sont pensés avec l'utilisateur et sont centrés sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*. Comme l'unité B, l'unité C travaille en utilisant les directives anticipées. Ils essaient tant que possible de développer des programmes de soins singuliers pour chaque usager. Guillaume explique en quoi le soin réside dans l'accompagnement : « *On prend le chemin que l'utilisateur nous propose de prendre si ce dernier n'est pas dangereux pour lui ou pour autrui* ». Dans ce sens, chaque action est en lien avec le projet de soins individuel en valorisant la démocratie psychique de l'utilisateur.

Dès l'entrée du patient, si son état de santé le permet, un contrat d'hospitalisation est établi afin de contractualiser les soins. L'idée est de créer un cadre d'hospitalisation le plus libre possible et de recourir au minimum à l'isolement, voire à la contention. L'objectif est bien de prendre en compte les directives anticipées qui auraient pu être réalisées par l'utilisateur en ambulatoire. Durant l'hospitalisation, de nombreuses activités de médiation thérapeutique sont proposées à chacun. Elles sont facultatives et discutées lors d'entretiens avec des professionnels de santé. Le suivi individuel se fait tout au long de l'hospitalisation dans des temps formels ou informels. Les médecins, comme dans l'unité B, ne sont pas forcément les référents de la prise en charge. L'équipe utilise aussi le système de *case management*. De plus, pour favoriser les relations avec les usagers et casser la barrière avec les soignants, ils ont créé un poste dédié à rester dans le service : « *l'infirmier pantoufle* ». Son rôle est de rester dans le service avec les usagers, créant de la relation et des échanges informels. Il est appelé « *infirmier pantoufle* » car il est en civil et en pantoufles. L'objectif est de casser la représentation peu accueillante d'un service de psychiatrie d'intra-hospitalier. Cédric (CDS) explique que la création de ce poste a permis de diminuer les moments de tension dans le service au sein des groupes d'utilisateurs.

L'objectif de ce service est de diminuer la durée moyenne de séjour et non le coût, comme on pourrait le penser de prime abord. Anne (aide-soignante) explique que, pour les patients, l'hospitalisation est un moment difficile de leur vie : « *Plus ils restent dans l'unité plus ils vont mal et n'arrivent plus à en ressortir* ». Théophile (IPA) ajoute : « *Plus les usagers restent plus ils deviennent hospitalophiles* ». Pour l'équipe, les soins doivent être centrés sur l'ambulatoire. Le recours à des thérapeutiques trop dosés, à l'isolement ou à la contention serait un frein au rétablissement de l'usager. Leur vision est donc de limiter les soins prodigués sous contrainte.

5.3.4 Une culture de soins amenant à une culture d'action

A travers ces trois unités, nous pouvons mettre en avant deux cultures de soins foncièrement différentes. L'unité A serait dans une culture critériologique et sémiologique. Les unités B et C auraient une culture humaniste centrée sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*.

En faisant le lien avec la définition établie par Jean-Marie Barbier (2021) de la culture d'action, nous pouvons observer que, pour chacune de ces unités, la culture de soins influence la manière qu'ont les professionnels de penser leurs pratiques. Dans chaque service, les prises en charge sont partagées par l'ensemble de l'équipe. Nous pouvons observer un partage des valeurs et des croyances liées à cette culture qui leur est singulière. Cette dernière modélise l'organisation du service et, de façon plus individuelle, leur manière de concevoir et de pratiquer le soin. Leurs comportements et leurs agissements s'en retrouvent influencés, créant une posture professionnelle liée à la culture d'action, elle-même créée par la culture de soins du service.

L'unité A, avec une culture de soins critériologique et sémiologique et selon un regard d'expert développe des attitudes d'évaluation et de jugement moral, des attitudes interprétatives, investigatrices et de « solution au problème ». Ces postures créent une singularité dans la manière de pratiquer le soin. L'usager, dans ce cas, patiente et attend le soin. Il ne fait donc pas partie de la construction de son parcours personnel de soins. Les unités B et C ont la même culture de soins, dans une approche humaniste centrée sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*. Leurs soins sont pensés et réalisés avec l'usager. Il est le collaborateur privilégié de la construction de son parcours.

5.4 Culture d'action et prise en charge de la violence

La prise en charge de la violence est un des sujets majeurs du domaine de la santé mentale. De la politique de santé, aux vécus des usagers en passant par les acteurs de soins, l'isolement et la contention sont des pratiques de soins de plus en plus décrié. Néanmoins, ils sont ancrés dans la culture de soins en psychiatrie. Ils sont des outils permettant aux soignants de prendre en charge et d'accompagner des états de décompensation et de crise pour des patients atteints de troubles psychiques aigus.

« La contention physique mécanique est caractérisée par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps dans le seul but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui » (HAS, 2017).

En amont, elle nécessite majoritairement une contention physique manuelle et s'accompagne d'une contention médicamenteuse.

C'est un soin aujourd'hui régi par un cadre juridique strict et contraignant pour les équipes de soins. L'article 17 de la loi n°2022-46, publiée le 23 janvier 2022, modifie et contraint largement la pratique de l'isolement et de la contention :

- La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures consécutives. Si l'état de santé du patient le nécessite, il est possible de renouveler cette mesure mais elle ne doit pas dépasser 48 heures au total. Une évaluation médicale doit être réalisée toutes les 12 heures.
- La mesure de contention est prise pour une durée maximale de 6 heures consécutives. Si l'état de santé du patient le nécessite, il est possible de renouveler cette mesure mais elle ne doit pas dépasser 24 heures au total. Une évaluation médicale doit être réalisée toutes les 6 heures.

L'objectif de cette loi est bien de limiter les pratiques d'isolement et de contention dans les services de psychiatrie. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié le 29 mars 2022 (en lien avec le décret du 23 mars 2022 qui vient compléter la loi du 23 janvier 2022) une instruction relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie.

Elle appelle à travers cette dernière à limiter les recours aux pratiques d'isolement et de contention.

Qu'en est-il dans les services ? Comment les unités A, B et C accompagnent-elles les violences psychiques des patients ? A travers les entretiens et les temps d'observation, encore une fois, des divergences dans la manière de prendre en charge la violence sont constatées.

5.4.1 Unité A

Dans l'unité A, la prise en charge de la violence hétéro-agressive et/ou auto-agressive est encadrée par des protocoles établis et définis par l'équipe. Les soignants proposent des soins en fonction de l'état de crise du patient. Cela peut aller d'une délivrance d'un traitement à la mise en isolement et contention du patient avec une administration forcée de thérapeutiques en intramusculaire. Le service ne possède pas de chambre d'isolement ou d'apaisement. Les isolements et/ou contentions sont réalisés dans la chambre du patient.

Pour eux, le rôle du soignant est d'observer l'état clinique du patient. Marc (IDE) explique : « *Moi, je regarde, j'observe. Et même avant un entretien avec le patient on sait déjà comment ça va se finir* ». Effectivement, dans leurs pratiques, les professionnels accordent une place importante à leurs expertises. Lors des temps d'observation, une patiente commençait à s'agiter seule dans le service. Le médecin psychiatre, la cadre de santé et quatre infirmiers discutaient de la situation dans la salle de soins. La patiente n'avait pas encore été vue en entretien dans la matinée (il était alors 11h30). Chaque professionnel donnait son avis sur l'évolution de son état en argumentant à travers des signes cliniques. Certains professionnels continuaient à observer la patiente à travers la fenêtre de la salle de soins. Ils s'accordaient pour dire que l'état de crise ne pourrait être résorbé avec un « *simple traitement anxiolytique* ». Ils prirent donc la décision de contenir et isoler la patiente en lui administrant un traitement en intramusculaire. Dans cette situation, la patiente n'a eu aucun entretien : l'équipe, dans une posture d'expert et de sachant, a évalué la situation et a décidé d'agir. La patiente n'a pas eu l'occasion d'expliquer son état de tension. Elle n'a pas été écoutée et n'a pas eu l'occasion de verbaliser ses émotions et ses souffrances. L'équipe avait jugé que « *ce n'était plus le moment de parler* ». Le temps d'échanges en salle de soins a duré 40 minutes. Les soignants étaient tous en accord avec la manière de prendre en charge cette crise, décrivant un risque de passage à l'acte auto-agressif. Ils ont expliqué que cela faisait plusieurs heures que la patiente se mordait la main à sang.

Dans ce service, l'isolement et la contention jouent un rôle central dans la prise en charge et l'accompagnement des malades. Elizabeth (infirmière ISP) m'explique que les infirmiers de l'unité s'accordent pour dire qu'il ne serait pas possible de prendre en charge ces violences sans ces outils de soin. Marc (IDE) ajoute que, dans ces états aigus, « *le patient n'a pas la capacité de savoir ce qui est réellement bien pour lui. Il doit redescendre* ». Il compare avec son ancien poste où il exerçait en psychiatrie adulte : « *Ici on isole, on contient... Oui, mais comparé à mon ancien service, on le parle, on le pense et on l'évalue cliniquement* ». Il n'a pas souhaité ajouter d'informations sur son ancien poste. Les nouvelles directives sur l'isolement et la contention sont perçues très difficilement par l'équipe. Elizabeth (infirmière ISP) dit que « *c'est une aberration pensée par des bureaucrates, on ne nous propose pas d'autre moyen.* ». Catherine (CDS) et Margaux (médecin psychiatre Chef de service) sont plus mitigées : dans une dynamique de thérapie institutionnelle, elles souhaiteraient développer d'autres modes de prise en charge de la violence. Néanmoins, elles expliquent ne pas avoir d'autre moyen actuellement.

Pour anticiper les moments de violence à travers des crises psychique aiguës, l'unité a élaboré un protocole modélisant le déroulé type de l'hospitalisation. La première semaine, les patients sont isolés en chambre minimum 3 heures par jour. Ce temps peut augmenter selon le motif d'hospitalisation. Ce cadre rigide permettrait selon les professionnels de réduire les moments d'agitation et de crise. Ce temps d'isolement en chambre accorderait aux soignants des moments de rencontres. Effectivement, ils évoquent l'isolement et/ou la contention comme des soins intensifs, qui impliquent pour eux d'augmenter le nombre d'entretiens médicaux et infirmiers. Nous pourrions questionner l'environnement des déroulés de ces entretiens. Le patient, dans un moment d'isolement, serait-il dans des dispositions qui lui permettraient d'entrer en relation ? Carl Rogers (1968) parle de l'importance de l'environnement : pour rentrer en relation, l'émetteur et le récepteur doivent être dans des dispositions physiques, mentales et affectives, dans un environnement sécurisé.

5.4.2 Unité B

L'unité B étant un service d'équipe mobile, il est intéressant de voir comment cette dernière prend en charge les moments de violences pouvant être générés par des états d'agitation psychique de l'utilisateur. Effectivement, de nombreux professionnels de santé

expliquent que les murs de l'institution exercent un effet de contenance psychique chez l'usager. Qu'en est-il à l'extérieur de l'hôpital ?

Lors des entretiens, toutes les personnes interviewées exprimaient une appréhension à travailler en équipe mobile car ils se sentaient exposés au danger sans disposer d'outil pour prendre en charge l'usager et se protéger. Depuis l'ouverture de l'unité, il y a 1 an et demi, un seul moment de violence a été constaté par les équipes. Cette violence n'était pas dirigée vers l'équipe directement : il s'agissait de violence intrafamiliale lors d'une visite à domicile (le patient a été agressif envers sa famille). L'équipe ne s'est pas sentie en danger et a réussi à prendre en charge cette violence à travers la relation. La violence ne fait pas partie du quotidien de l'équipe mobile, elle est occasionnelle. Comment pouvons-nous expliquer cela ? Pour les professionnels, cela s'explique par l'état psychique du patient : en intra hospitalier, il serait dans un moment de crise de sa maladie psychique. Néanmoins, Mégane (médecin psychiatre chef de service) relève le paradoxe suivant : beaucoup d'usagers suivis sont en rupture de traitement, donc plus sujets à des agitations psychiques.

Alain (médiateur en santé pair) présente la relation de confiance comme un outil permettant de contenir les moments d'agitation. Il explique que la relation permet de contractualiser le soin : *« On ne peut pas accepter tous les chemins proposés quand on accompagne. Même dans la folie on peut comprendre qu'on dépasse la limite du cadre »*. Il ajoute, les larmes aux yeux : *« A chaque fois que j'ai été contenu, quand j'étais malade, personne ne m'avait prévenu que j'allais trop loin, j'en ai des souvenirs traumatisants »*. Pour la totalité des personnes interviewées, la violence est contenue par une relation interpersonnelle forte avec l'usager. Elle permettrait pour eux de border et contractualiser le soin dans un cadre co-construit avec l'usager. Mégane (médecin psychiatre chef de service) analyse les passages à l'acte des usagers comme le résultat d'une frustration face à la contrainte. Pour l'équipe, considérer l'usager comme partenaire de ses soins valorise la relation limitant les passages à l'acte.

Pour l'équipe de l'unité mobile, les soins sous contrainte et forcés seraient vecteurs de passage à l'acte des usagers. Sarah (aide-soignante) témoigne de son dernier poste en intra-hospitalier en psychiatrie adulte : *« L'isolement et la contention étaient devenus des outils de protection du personnel et non des outils de soin. Elles engendrent la violence, que ce soit de la part des usagers ou des soignants »*. Pour Pierre (IDE), ces outils de gestion de crise

pourraient accroître la montée de la violence dans les services et éloigneraient d'une possible relation. Alain (médiateur en santé-pair) affirme que ces outils induisent les violences et aggravent l'état du patient. Pour Pierre (IDE), l'isolement et la contention signent un échec dans la prise en charge. En faisant le récit de son ancien poste, il atteste que le manque de soignants dans l'unité générait de nombreuses tensions et situations de crise et donc de violences. Pour changer ce mode de fonctionnement, il faudrait, pour lui, plus de personnel. Rentrer en relation nécessite du temps. Cependant, il avoue que la relation n'était pas forcément au centre de leurs pratiques. Ils passaient beaucoup de temps à penser l'isolement avec ses collègues au lieu de le penser avec le patient. Pour Margaux (médecin psychiatre chef de service) : « *l'isolement et la contention ne peuvent pas être la solution quand on pense le soin dans le rétablissement, la réhabilitation et l'empowerment* ».

Une relation interpersonnelle, centrée sur les besoins et attentes de l'utilisateur, serait l'outil le plus efficace pour faire verbaliser les émotions et donc limiter les moments d'agitation psychique de l'utilisateur.

5.4.3 Unité C

L'unité C, aux valeurs humanistes, centrée sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*, définit les violences comme intrinsèques à l'histoire de l'utilisateur. Les instants d'agitation nécessitent un accompagnement humain à travers des relations. Théophile (IDE) dit : « *Les histoires de vie des usagers sont très lourdes, c'est là une première violence qui est reçue par le soignant* ». Effectivement, pour rentrer en relation, Carl Rogers (2001) insiste sur le troisième niveau d'écoute : l'écoute de soi. Le thérapeute, pour lui, doit savoir s'il est capable de recevoir ce qui est dit par l'interlocuteur.

Cédric (CDS) explique qu'ils ont installé un salon *wavecare*, lieu d'apaisement, dès l'ouverture de l'unité. Ce lieu propose des stimuli sonores et visuels avec un travail de design de l'espace pour créer un lieu apaisant. Ce salon n'est pas à proprement dit un lieu de remplacement des chambres d'isolement. Il n'est pas fait pour traiter une crise ou une décompensation psychiatrique mais vient en amont. Ce concept s'inscrit dans une pratique de soins plus globale. L'équipe de soin accompagne l'utilisateur à reconnaître les prodromes des épisodes de crises psychiques. L'utilisateur, placé comme partenaire des soins, est capable de reconnaître ses signes cliniques et prendre des décisions vis-à-vis de son état de santé. A sa demande, la chambre d'apaisement (le salon *wavecare*) est à sa disposition pour s'isoler et

apaiser son anxiété et son agressivité. Elle est un outil pour que l'utilisateur puisse développer des stratégies de gestion du stress. Le soignant a la possibilité d'installer le patient agité dans ce lieu calme et permettre une désescalade de l'anxiété et du stress. D'après Cédric (CDS), l'utilisation de cet espace a permis de diviser par 5 les isolements et contentions effectués dans le service.

La *wavecare* n'est pas le seul outil dont ils disposent. L'objectif premier de l'équipe est de créer une relation forte avec l'utilisateur afin de contractualiser le soin de manière singulière en fonction de l'état de santé psychique de l'utilisateur. Les directives anticipées font partie des outils utilisés pour limiter les débordements de violence. Effectivement, pour Cédric (CDS), 90% des agitations psychiques sont induites par la frustration de l'utilisateur vis-à-vis du cadre. Dans ce contexte, ils ont travaillé sur la possibilité de créer de la liberté d'agir dans un espace fermé. Ils ont beaucoup travaillé sur l'accueil du patient dans l'unité afin de présenter et expliciter les limites du cadre à ne pas dépasser au sein du service.

Lors des observations, il a pu être constaté que chaque professionnel était transparent sur l'organisation du service. Les plannings des professionnels de santé sont affichés et accessibles à tous les patients. Cela développe le sentiment de confiance et diminue la confusion des usagers.

Théophile (IDE) est souvent appelé en renfort dans d'autres services pour aider à isoler et contenir des usagers. Il dénonce le fait que certains de ses collègues, dans d'autres services, utilisent systématiquement l'isolement et la contention pour gérer les moments de crises des patients. Anne (aide-soignante), dans ce nouveau poste, ne voit plus l'isolement et la contention comme l'outil premier. Elle s'étonne de « *ne pas avoir ouvert les yeux sur la maltraitance de ce soin* ». Cela peut se comprendre à travers le concept de culture : effectivement, l'introspection de la culture par des individus appartenant au même groupe est difficilement possible. Pour Guillaume (IPA) : « *L'isolement et la contention sont des indicateurs de non-qualité d'accompagnement* ». Pour lui, l'isolement est une manière de répondre à la violence par la violence. Il ne conçoit pas que cela puisse continuer. Il se sent soulagé de voir que le gouvernement a pris des décisions à l'encontre de ces pratiques.

5.4.4 Une prise en charge de la violence construite par une culture de soins

Ces différentes prises en charge de la violence permettent de mettre en avant diverses cultures d'action construites par la culture de soins de l'unité. Elle est partagée par chaque

membre de l'unité. Étant collectives, leurs pratiques sont rationalisées par le professionnel et limitent son analyse.

La culture de soins critériologique et sémiologique de l'unité induirait une posture d'expert. De même que la culture humaniste des unités B et C permettrait aux professionnels d'incarner une posture d'écoute centrée sur la personne. Ces postures professionnelles influenceraient la manière d'agir. La prise en charge de la violence a été pensée par chaque équipe. Tous les professionnels de chaque unité semblent procéder de manière identique pour prendre en charge les crises psychiques des usagers. Cette manière d'agir s'est construite à travers des valeurs, des croyances et des références théoriques. Nous pouvons donc parler de culture d'action. Ces différentes cultures d'action, influenceraient les pratiques professionnelles et la manière d'agir face aux situations de violence, et auraient donc un impact sur la qualité des soins prodigués pour l'utilisateur.

5.5 Impact d'une culture sur la qualité des soins

Les trois unités de soins admettent que la qualité des soins a une place importante dans leur démarche réflexive et permet de questionner les pratiques professionnelles. Néanmoins, quand ce terme est évoqué, 66% des interviewés font référence à la certification des établissements en décrivant un système bureaucratique. Pour Pierre (IDE – Unité B) la certification a « *un côté théâtral* ». Néanmoins, il décrit la nouvelle certification, entrée en vigueur début 2021, comme étant plus proche de la réalité et centrée sur le patient à travers le patient traceur. Effectivement, cette méthode permet d'obtenir une vision globale de la prise en soins avec une approche participative des équipes en prenant en compte le ressenti du patient. Elle permet d'apprécier, de manière objective, la réalité de la prise en charge du patient. La rencontre avec ce dernier permet à celui-ci d'exprimer son point de vue. Le souhait de l'HAS est de centrer la certification sur le résultat rendu au patient, de favoriser l'engagement des patients et d'intégrer leurs expériences.

75% des personnes interviewées au sein de l'unité A pensent que la qualité des soins serait directement liée à la notion d'évolution positive des symptômes de la maladie. Elizabeth (infirmière ISP) explique que « *Si la personne sort d'isolement c'est qu'elle va mieux. Le cadre s'ouvre en fonction de l'évolution des symptômes de la maladie de l'utilisateur* ». Pour Margaux (médecin psychiatre chef de service), l'isolement et la contention ne sont pas forcément de mauvais indicateurs de qualité. Elle décrit des états cliniques qui, pour elle, nécessitent des

isolements contentions. Pour Catherine (CDS), la relation avec les usagers et les collègues serait facteur de qualité. Pour elle, l'isolement et la contention signent un échec dans la prise en soins. Elle ajoute : « *Aujourd'hui, nous avons peur et nous anticipons tous les risques liés à la maladie en enfermant le patient* ». Elle argumente en expliquant que le service qualité a une culture de médecine somatique. Le responsable est un réanimateur qui, pour elle, aurait une « *culture de réduction des risques sans prendre en compte la maladie mentale* ». Une séquence d'observation lors d'un comité de retour d'expérience (CREX) a pu être menée. Cette réunion avait pour but de travailler sur une situation où une patiente avait fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) en utilisant 4 boîtes de Doliprane. L'état de santé de la patiente avait nécessité des soins en réanimation. Lors de la réunion étaient présents : des membres de l'équipe de l'unité A, dont la cadre, le service qualité, deux membres du service de réanimation. Ce retour d'expérience était centré sur l'acte en lui-même : « *Comment la patiente a réussi à rentrer avec autant de cachets ? Ce n'est pas normal !* », dit le responsable du service qualité. La réunion a eu pour but de trouver des solutions afin d'éviter ces événements indésirables : renforcement des inventaires de retour de permission, surveillance des patients, mise en place d'isolement et/ou contention... Les mesures coercitives étaient au centre de la réflexion, nous étions loin d'aborder la place de la relation comme outil d'évaluation du risque suicidaire. Catherine, après cette réunion, était énervée et très sensible. Elle témoigne en aparté de son désarroi avec émotion : « *Je ne trouve plus de sens à être ici, les choses prennent une ampleur qui n'est plus dans mes valeurs du soin* ». Elle regrette son ancien poste. Dans cette situation, nous pouvons observer que la culture de soins influence la manière de penser et les pratiques professionnelles. Pour Catherine, sa culture de soins la centre sur une posture humaniste et rend insupportables les décisions prises lors de cette réunion.

La totalité des personnes interviewées au sein de l'unité B décrivent la qualité des soins comme la qualité relationnelle avec l'utilisateur. Pour eux, si cette relation est centrée sur la personne, alors les soins seront forcément de qualité car en lien avec le respect du projet de soin individuel. Sarah (aide-soignante) parle de qualité comme « *une approche éthique* ». Elle prendrait naissance dans les valeurs et le sens du soin du service. Elle serait donc directement liée à la manière de penser et pratiquer le soin des professionnels. En d'autres termes, elle serait liée à la culture d'action et la culture de soin du service. Pierre (IDE) va jusqu'à dire que « *la contention signe un échec* ». Pour lui, le fait de moins travailler sous contrainte serait « *gage de qualité des soins* ». Il fait le rapprochement avec la continuité des soins : les soins sous

contrainte sembleraient, d'après son expérience, augmenter les ruptures de soins. Mégane (médecin psychiatre chef de service) témoigne du retour des usagers à la suite d'une évaluation réalisée après un an d'ouverture du service : « 95% des usagers ont fait un retour très positif sur l'accompagnement. Ils se sentent écoutés, écoutés et accompagnés ». Elle ajoute que la qualité des soins n'est possible que si l'équipe est « soudée et apaisée ». Effectivement, Rosette Poletti (2003) décrit l'importance de prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre. Carl Rogers (2001) explique que, pour écouter l'autre, il faut s'écouter soi. Pour Alain (médiateur en santé-pair), la qualité se retrouve dans la posture humaniste : « Un soin de qualité c'est un usager écouté ». Il insiste sur le fait que le recours à des soins violents, tels que la contention ou l'isolement, augmenterait la violence et serait un indicateur de non-qualité des soins.

L'unité C partage la représentation de la qualité des soins de l'unité B. Les professionnels évoquent l'importance d'un lien relationnel fort avec les usagers et insistent sur la notion d'accompagnement. Guillaume (IPA) dit : « Accompagner ce n'est pas choisir à la place de l'autre. On les accompagne dans une expérience de vie, avec l'idée de pouvoir tomber et se tromper ». Anne (aide-soignante) explique l'importance de prendre conscience du fait que l'utilisateur est un partenaire des soins et qu'il a un pouvoir décisionnel. Les observations dans le service ont pu mettre en évidence une atmosphère de confiance entre les soignants et les usagers. Les usagers évoquent, lors d'échanges informels, l'importance de la relation dans leur prise en charge. Ils se sentent écoutés, avec un pouvoir décisionnel sur leur prise en charge, ou même l'organisation du service à travers la réunion soignant/soigné.

La qualité des soins est définie de manière singulière par chaque unité en fonction de leur culture de soins. L'unité A est centrée sur les signes cliniques du malade. Les unités B et C sur la place de l'utilisateur comme collaborateur des soins à travers une relation interpersonnelle forte avec les professionnels. Les critères de bonne qualité se définissent à travers leur représentation collective du soin. Effectivement, la bonne ou mauvaise pratique est liée à la culture d'action qui se construit à travers leur culture du soin. Il n'est pas question, ici, de juger la bonne ou mauvaise pratique professionnelle mais bien de comprendre le lien entre la culture de soins et la qualité des soins.

Pour la totalité des personnes interviewées, au sein des trois unités, la qualité des soins serait directement en lien avec la posture professionnelle. Néanmoins, il a été observable, dans l'unité A, qu'il était très difficile pour les professionnels de prendre du recul et remettre en

question leur posture professionnelle. Pour eux, un soignant exerçant dans ce service doit incarner une posture d'observateur et être clinicien. Seules Margaux (médecin psychiatre chef de service – Unité A) et Catherine (CDS – Unité A) ont abordé la notion d'approche relationnelle. Dans les unités B et C, la remise en question des professionnels fait partie intégrante de leur culture de soins. Pour chacun des professionnels de ces unités, la posture soignante idéale est centrée sur l'utilisateur : ils décrivent l'approche centrée sur la personne. La posture humaniste serait garante d'un travail centré sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*.

Effectivement, il a été possible d'observer de nombreuses attitudes professionnelles en lien avec leur culture de soins. L'unité A ayant une culture critériologique et sémiologique, dans une posture de sachant et d'expert, les soignants ont incarné des attitudes d'évaluation ou de jugement moral, interprétatives, de soutien, investigatrices ou encore de « solution au problème ». D'après les travaux d'Elias Porter (1950) et Carl Rogers (1968, 2001), les attitudes ont des répercussions chez l'interlocuteur. L'attitude d'évaluation ou de jugement moral, comme l'attitude « solution au problème », met fin à l'entretien et exclut toute écoute qui permettrait à l'utilisateur de donner sa vision et son ressenti. Elles peuvent engendrer un sentiment d'infériorité : l'utilisateur peut se sentir jugé par un censeur moral. La désapprobation moralisante peut déclencher chez l'interlocuteur de nombreuses réactions : une inhibition, une culpabilité, une révolte, de la dissimulation, de l'angoisse... L'attitude interprétative peut induire chez l'écouté un sentiment d'incompréhension, un étonnement car il ne se sent pas concerné par la réponse : la réponse a été donnée à travers la vision de l'écoutant. Cela peut entraîner, chez l'écouté, un désintérêt pour l'entretien lui-même, une irritation, un blocage défensif pouvant générer des tensions menant à des hétéro-agressivités et/ou auto-agressivités. L'attitude de soutien pourrait sembler bienveillante : le soignant, dans un souci d'écoute, mettant le soigné en confiance. L'utilisateur pourrait être leurré par cette consolation, cultivant une dépendance à l'égard du professionnel de santé. L'utilisateur pourrait aussi avoir l'impression d'être pris en pitié et refuser les soins. L'attitude investigatrice peut inciter l'écouté à abandonner l'expression de ce qu'il éprouve pour simplement répondre à un interrogatoire. Il peut aussi ressentir les questions comme une intrusion et se braquer. Ces attitudes ont pour point commun de considérer l'interlocuteur comme un objet. Lors des observations, il a été important de distinguer les phrases dites par les professionnels à un « moment T » et leur attitude d'ensemble. En ce sens, dans les unités B et C, une attitude compréhensive et empathique

a pu être observée. Toujours d'après les travaux d'Elias Porter (1950) et Carl Rogers (1968, 2001), en incarnant une posture humaniste de relation d'aide, les professionnels mettent en place une relation centrée sur la personne. Elle permet au soignant de tendre vers une compréhension globale de ce qui est exprimé. Elle développe l'image et l'estime de l'autre dans un sentiment de reconnaissance. Elle laisse la liberté à l'utilisateur de se définir tel qu'il est et d'être validé et confirmé comme un individu singulier, favorisant ainsi le développement personnel et le responsabilisant. L'empathie développe chez l'interlocuteur le sentiment d'être accueilli et compris, non pas comme un cas ou un objet mais bien comme une personne unique. Dans une congruence, le soignant crée une relation authentique et permet d'être digne de confiance. Elle favorise chez l'autre le développement et la croissance de l'authenticité. D'après ces travaux, il serait donc préférable d'incarner une posture centrée sur la personne dans une culture humaniste pour développer la qualité des soins. De même, nous pouvons constater que, d'après ces enquêtes, la culture humaniste prendrait davantage en compte l'avis du patient dans une singularité de prise en charge que la culture critériologique et sémiologique.

5.6 De la culture de soins à la répliation

Nous entendons par la répliation d'un modèle de soins une reproduction d'une technique de prise en charge. Dans sa définition originelle, la répliation désigne un mécanisme qui reproduit le matériel génétique : l'ADN. Pour que la répliation d'une technique de soins soit réaliste, devons-nous prendre en compte son ADN, sa culture et sa philosophie, qui ont amené à penser cette technique ? Par ailleurs, la culture de soins du service qui reçoit cette nouvelle technique est-elle un frein à la répliation de ce modèle ?

A travers les différents entretiens, il a semblé intéressant de cibler les pistes de changements et d'évolutions que les professionnels pouvaient concevoir au sein de leurs unités. Dans l'unité A, 50% des professionnels pensent que leur travail permet aujourd'hui de répondre aux besoins des usagers. Dans une posture d'experts et de sachants, ils affirment être dans la bonne direction. Le médecin chef de service souhaite faire évoluer les prises en charge de la violence. Sa motivation est de répondre à la nouvelle réglementation concernant l'isolement et la contention en proposant des alternatives aux usagers. Le cadre de santé de l'unité souhaiterait impulser une dynamique humaniste mais exprime des résistances. Pour elle, la culture critériologique et sémiologique des professionnels de l'unité A créerait un frein à la répliation d'autres modèles. Dans les unités B et C, unités pilotes récemment ouvertes, les professionnels

pensent l'évolution et le changement comme moteurs de leur travail. Dans une posture ouverte et centrée sur l'utilisateur, ils souhaitent entreprendre des recherches et des projets autour de modèles déjà existants pour répondre au mieux aux demandes des usagers. Pierre (IDE – Unité B) termine un diplôme universitaire (DU) en psychoéducation et crée dans son unité un projet de psychoéducation basé sur un modèle canadien. Alain (médiateur en santé-pair – Unité B) explique qu'il est simple de monter un projet au sein de l'équipe : « *Si le projet est là pour l'utilisateur alors il sera accepté. Il faut savoir que tout le monde peut se tromper. On expérimente en collaboration avec les usagers* ». Cédric (CDS – Unité C) a mis en place une veille documentaire sur les nouveaux modèles de soins en santé mentale dans le monde. Pour les unités B et C, l'important est de centrer leurs travaux pour répondre aux besoins des usagers. A travers ces entretiens, nous pouvons voir que la culture de soins induit une posture professionnelle qui permettrait une ouverture (ou non) à d'autres modèles de soins, permettant leur réplique.

Pour enrichir cette réflexion, le choix a été fait d'exploiter un travail réalisé au cours d'un stage dans l'unité A. Ce travail est au service de l'enquête pour aller plus loin dans l'analyse. L'exercice consistait à poser un diagnostic ergonomique et ainsi faire une proposition de projet pour améliorer les pratiques, pour le professionnel mais aussi l'utilisateur. Le projet présenté à l'équipe a été la création d'un salon d'apaisement en remplaçant leur ancienne salle d'eau. Il s'est basé sur les travaux d'une équipe danoise ayant pensé le salon *wavecare*. Cette technique de soin n'est pas à proprement parler une alternative à la chambre d'isolement et contention. Elle vient en amont de la crise. L'objectif est d'intégrer, dans la prise en charge, la culture humaniste centrée sur la personne. Effectivement, elle demande au soignant d'écouter l'utilisateur sur ses propres besoins et non d'interpréter pour lui. Cette technique est un outil prenant en compte les directives de l'utilisateur. Elle permettrait de tendre vers des soins humanistes centrés sur le rétablissement, l'inclusion sociale et *l'empowerment*. Le projet a été validé par les responsables de l'unité A et a été financé. Effectivement, pour Margaux (médecin psychiatre chef de service – Unité A) ce salon d'apaisement est le bienvenu en raison du changement de la réglementation de l'isolement et contention. Catherine (CDS – Unité A) est enthousiaste mais a des doutes quant à son utilisation : « *C'est au stade de fabrication, il faut encore que l'équipe l'utilise* ». Effectivement, l'équipe soignante était perplexe quant à ce projet. Élisabeth (Infirmière ISP) va jusqu'à dire : « *Les ados vont toujours la demander pour tout et n'importe quoi* ».

Cédric (CDS – Unité C) évoque la réplication de *wavecare* dans d'autres unités de son établissement à la suite des résultats positifs de l'utilisation de cette technique. Les trois réplications n'ont pas été investies par les soignants : ils sont actuellement des lieux de stockage. Cédric (CDS – Unité C) témoigne de ce « *gâchis financier* ». Pour lui : « *Ça ne pouvait être qu'un échec. Ces services ne travaillent pas sur le rétablissement, la réhabilitation et l'empowerment* ». Il évoque des guerres d'obédience entre les pôles qui éloignent les professionnels de l'utilisateur.

D'après cette enquête, la culture de soins induirait la culture d'action et donc la posture professionnelle. Cette dernière influencerait le comportement individuel, générant ou non une ouverture en fonction de sa propre culture de soins. Une technique de soins est, elle aussi, issue d'une culture de soins qui lui est singulière. La *wavecare* est bien une technique issue d'une culture humaniste centrée sur *l'empowerment* de l'utilisateur. La réussite d'une réplication demanderait de prendre en compte la culture de soins du service et celle qui a permis de penser la technique à répliquer, les deux devant être syntones. Dans ce travail, même si l'enquête a ses limites, nous pouvons dégager des hypothèses. Effectivement, certaines cultures de soins faciliteraient la réplication. C'est le cas de la culture humaniste se basant sur l'ouverture à l'autre dans une posture de non-sachant. Par ailleurs, d'autres cultures de soins créeraient des résistances. Regardons la culture critériologique et sémiologique : elle induit une posture d'expert sachant. Cette posture ne facilite pas l'ouverture et la remise en question, générant une résistance à la réplication de techniques issues d'autres cultures de soins.

6 Retour sur hypothèse

Tout d'abord, il est important de considérer les limites de ce travail de recherche. Il est difficile d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses en raison de l'échantillon restreint. De même, l'observation aurait nécessité davantage de temps de présence dans les services, pour diversifier les séquences observées et obtenir un échantillon de professionnels plus varié. Nous pouvons tout de même émettre des conclusions concernant les hypothèses.

À la suite du travail exploratoire, la première hypothèse émise a été que la culture d'action, portée par la culture de soins du service, aurait un impact sur les soins prodigués par les soignants. La culture humaniste serait donc garante d'une amélioration de la qualité des soins. Effectivement, nous avons pu démontrer que la culture de soins engendrait une culture d'action et influençait la posture professionnelle. La culture de soins permet aux équipes de penser leurs pratiques, c'est leur référentiel. La culture d'action est générée par la culture de service, elle est collective. Les professionnels pensent et pratiquent donc le soin de la même manière. Ils vont jusqu'à penser ce qu'est la qualité des soins de manière collective. De plus, nous avons pu voir que l'attitude professionnelle était induite par la culture de soins du service. Ces attitudes ont un impact sur la relation professionnelle. La culture humaniste, avec l'approche centrée sur la personne, permet de répondre au mieux aux difficultés de l'usager. Elle permet donc de tendre vers une amélioration de la qualité des soins. La culture critériologique et sémiologique a amené les professionnels de l'unité A à pratiquer des soins vécus comme traumatisants par les patients. La relation de soins en est détériorée. Nous pouvons donc valider la première hypothèse de ce travail de recherche. Il aurait tout de même été intéressant de réaliser des entretiens formels avec des usagers afin d'obtenir davantage de données.

La seconde hypothèse émise a été que la culture de soins du service serait un frein à la possibilité de répliquer des modèles de soins. Cette réplification ne serait possible qu'en la prenant en compte. Effectivement, pour compléter ce travail, il aurait été intéressant de réaliser des observations sur de longues durées, voire de réaliser des expériences en proposant des réplifications. Néanmoins, le travail effectué révèle l'importance de la prise en compte de la culture de soins pour initier une réplification. La culture de soins peut effectivement générer des résistances au changement mais elle est aussi un moteur. Cela va dépendre des fondements de cette dernière. La culture critériologique a montré qu'elle générerait certaines attitudes fermées sur ce qui se fait ailleurs. Les professionnels sont experts de leurs savoirs et du domaine

d'activité dans lequel ils exercent. Par ailleurs, certaines cultures, comme la culture humaniste, créent des attitudes professionnelles ouvertes sur les usagers et d'autres systèmes de soins. La culture humaniste est ancrée dans une philosophie d'ouverture au monde. Elle serait donc facilitatrice de répliation. La première partie de l'hypothèse est donc partiellement validée. Ce travail amène une nuance. La culture de soins n'est pas qu'un frein, elle peut être un moteur. La seconde hypothèse se retrouve aussi partiellement validée. Effectivement, la répliation est possible si on prend en compte la culture de soins du service mais cela ne suffit pas. Il faut aussi prendre en compte la culture de soins qui a permis de penser et d'élaborer la technique à répliquer. La répliation sera facilitée si les deux cultures de soins sont syntones. Dans le cas contraire, il faudra passer par des négociations afin de trouver un consensus pour que cette technique respecte ces deux cultures. Pour que l'hypothèse soit totalement validée, il aurait fallu dire : « La culture de soins du service a un impact sur la possibilité de répliquer des modèles de soins. Cette répliation ne serait possible qu'en prenant en compte la culture de soins du service et celle de la technique à répliquer. »

En conclusion, ce travail de recherche a permis de valider la première hypothèse et d'affiner la seconde. Pour plus de précision, nous pouvons retenir qu'il aurait été intéressant d'élargir la recherche aux usagers. De même, l'inclusion d'autres unités de soins avec des cultures de soins différentes aurait permis d'étoffer cette analyse.

CONCLUSION

Ce travail de recherche s'est échelonné sur toute cette année de formation. Il a pour but de clôturer et valider mon année de cadre de santé en double cursus avec le Master 1 : « Économie sociale et solidaire, santé, protection et économie sociale ». De manière plus générale, ce travail a permis de développer une posture professionnelle réflexive en analysant un phénomène à l'aide des sciences sociales, plus particulièrement la sociologie et la psychologie. Le thème de ce mémoire a été pensé autour d'une question personnelle : « Comment des professionnels de santé, motivés et investis dans leur travail en santé mentale, se retrouvent à pratiquer des soins qui, pour l'utilisateur, sont maltraitants ? » En prenant l'axe de la culture de soins, l'objectif a été de comprendre le phénomène de construction des pratiques de soins au sein d'un service de santé mentale. Effectivement, certains services ont des pratiques maltraitantes, voire traumatisantes, pour les patients. L'objectif de cette recherche a été de questionner deux hypothèses issues de la question de recherche suivante : « En quoi la posture professionnelle, construite par la culture de soins ainsi que la culture d'action, influe-t-elle sur la qualité des soins en santé mentale ? » Ce travail a permis de comprendre comment ces soins étaient pensés collectivement par les professionnels afin de prendre en charge l'utilisateur.

Pour réaliser cette étude, deux outils d'enquête ont été exploités : l'entretien semi-directif et l'observation. De plus, un projet réalisé au cours d'un stage a été utilisé comme travail complémentaire au service de la recherche afin d'enrichir l'analyse. Ces investigations se sont déroulées dans trois unités avec une diversité de cultures de soins : deux services d'hospitalisation et un service d'équipe mobile. Le point commun de ces services est la notoriété des établissements au sein desquels ils se situent. Ils sont tous considérés comme innovants et très compétents. Les douze professionnels interviewés se sont révélés motivés et investis dans leur métier. La cible des personnes interviewées était volontairement très large. Il fallait, pour objectiver la pratique collective, s'entretenir avec plusieurs cœurs de métiers gravitant autour de l'utilisateur : médecins chefs de service, IPA, CDS, infirmiers, aides-soignants et médiateur en santé-pair. 4 entretiens ont eu lieu dans chaque unité, pour un total de 12 entretiens au service de la recherche. Pour chaque entretien semi-directif, un même guide a été utilisé afin de faciliter l'analyse. L'observation s'est déroulée dans chaque unité avec minimum de 5 heures par service. Une grille d'observation a été réalisée en se basant sur les travaux de Carl Rogers et l'approche centrée sur la personne. Le but a été de mettre en évidence les

attitudes des professionnels et la culture des services. Dans une autre temporalité, il aurait été intéressant d'augmenter le nombre d'entretiens par unité afin d'objectiver pleinement les pratiques collectives. De même que les temps d'observation auraient pu être plus longs, en imaginant une immersion de plusieurs semaines. Effectivement, découvrir la culture de soins d'un service et mettre en évidence des cultures d'actions nécessite du temps afin de limiter tout jugement.

Cette recherche a donc été réalisée autour de deux hypothèses. La première était que la culture d'action, portée par la culture de soins du service, aurait un impact sur les soins prodigués par les soignants. Et donc la culture humaniste serait garante d'une amélioration de la qualité des soins. La seconde hypothèse était que la culture de soins du service serait un frein à la possibilité de répliquer des modèles de soins. Cette réplification ne serait possible qu'en la prenant en compte. A travers cette recherche, différentes cultures de soins ont été mises en évidence : une culture de soins critériologique et sémiologique et une culture de soins humaniste basée sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment*. En révélant des cultures d'actions, il a été possible de modéliser des pratiques collectives singulières au sein des unités, influencées par la culture de soins des services. Autour de la prise en charge de la violence, deux cultures d'actions sont mises en évidence, montrant une influence sur la qualité des prises en charge. La culture de soins de chaque service a permis de révéler des attitudes professionnelles influencées par cette dernière. Ces attitudes professionnelles conduisent les soins dans certaines directions et influencent donc aussi la qualité des soins. Pour terminer, ce travail de recherche souligne la relation entre la culture de soins et la réplification de modèles de soins. Ce travail de recherche a donc permis de valider la première hypothèse et d'affiner la seconde.

Prendre part à cette recherche, s'ouvrir aux différents mouvements théoriques, plus particulièrement l'approche par la culture d'action développée par Jean-Marie Barbier (2021) ou encore la posture humaniste avec l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (1968 – 2001), m'a permis de développer une réflexivité et des compétences qui seront transférables dans mon future poste. Effectivement, en tant que futur cadre de santé, il est primordial de repérer les mécanismes générant des résistances à la mise en place de projets. Ce travail permet aussi d'éclaircir la construction des pratiques professionnelles collectives et individuelles. De plus, cette approche clinique, centrée sur le patient et les soignants, propose une vision holistique permettant d'être garant de l'offre et de la qualité des soins proposés à l'utilisateur. Cette

approche clinique me permettra de guider les équipes vers une démarche réflexive, sur les pratiques professionnelles dans une démarche d'analyse et d'amélioration de la qualité des soins. Incarner une posture humaniste semble permettre de développer l'intelligence émotionnelle, d'être à l'écoute et percevoir les émotions : les siennes et celles des autres. L'approche centrée sur la personne favorise également l'intelligence collective en offrant une place singulière à chaque membre de l'équipe tout en prenant en compte l'utilisateur comme partenaire des soins.

Effectivement, à travers cette recherche ont été questionnées les pratiques individuelles et collectives à travers la culture de soins. Nous pourrions ouvrir ce travail sur le concept d'intelligence collective afin d'approfondir sur la construction du travail en équipe. Au cours de conférences, Pierre Levy exprime l'importance d'une intelligence individuelle d'analyse de données afin de concevoir l'intelligence collective. Nous pourrions envisager un travail analytique personnel comme vecteur d'une intelligence individuelle d'analyse réflexive. En quoi un travail psychothérapeutique ou psychanalytique du professionnel de santé influe-t-il sur la qualité des soins en santé mentale ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage

Delbrouck, M. (Ed. 2013). *Psychopathologie. Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. Ed. De boeck.

Delion, P. & Coupechoux (2016). *Mon combat pour une psychiatrie humaine*. Ed. ALBIN MICHEL

Erskine, R. & Moursund, J.& Trautmann, R. (2019). *Au-delà de l'empathie. Manuel de psychothérapie intégrative*. Ed. Intereditions.

Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris : Gallimard.

Grawitz, M (1972). *Méthodes des sciences sociales* (p. 479). Ed. Daloz.

Jouet, E. (Dir.) & Greacen, T. (Dir.). (Ed : 2019). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Ed. Érès.

Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Ed. PLON.

Mougeot, F (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Ed. Érès.

Paul, M (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Ed. L'Harmattan.

Poletti, R (2003). *Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre. La voie du coquelicot*. Ed. Jouvence.

Porter, E (1950). *An Introduction to Therapeutic Counseling*. Ed. Houghton Mifflin

Rogers, C (1968). *Le développement de la personne*. Ed. Dunod

Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Ed. Randin.

Article

Chambon, N (Dir.). (2021). Échos de la violence. *RHIZOME : Bulletin national santé mentale et précarité, (#80-81)*

Association Cercle Valeur Santé (2017). *Les valeurs en santé. Manifeste pour un système de santé fondé sur la Valeur*. <https://www.medtronic.com/content/dam/medtronic-com/fr-fr/corporate/documents/MDTFR20180801%20Manifeste%20valeur%20Sante.pdf>

Chamboredon, H., Pavis, F., Surdez, M., & Willemez, L. (1994). S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien. *Genèses. Sciences sociales et histoire*, (16), 114-132.

Chamla, R. (2010). A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale », *La revue française de service social*, (236), 63-76.

Daniel L. Ambrosini & Anne G. Crocker. *Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. Santé mentale et justice*, (34), numéro 2 automne 2009.

HAS. (2020) *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. has-sante.fr. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

Jouet, E. & Greacen, T. (2013) Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique. *Information Psychiatrique*, (89), 359-364.

Portal, B (2012). Des mots et des sens. Posture, positionnement, évaluation... *Le Sociographe*, (37), 19-26.

Trémine, T. (2018). L'empowerment, au risque de l'hypocrisie. *L'Information Psychiatrique*, (94), 795-796.

Zana, M.P. & Rempel, J.K. (1988). Attitude, a new look at an old concept. *Journal of Consumer Research*, (10-2), 135-147.

Thèse

Benetos, E. (2021). *L'écart de perception des mesures coercitives en psychiatries et usagers : une étude qualitative*. [Thèse d'Exercice en Médecine, Faculté de Médecine Lyon Est]

Texte de lois

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), JORF n°0172 du 26 juillet 2019

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>

LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, JORF n°0019 du 23 janvier 2022.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045062855>

Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, JORF n°0071 du 25 mars 2022.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045406742>

Instruction N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention. NOR : SSAH2210093J (numéro interne : 2022/85)

<https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2022/04/Circulaire-Sante-IC29032022.pdf>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Grille d'observation

Annexe 3 : Travail complémentaire au service de la recherche

Annexe 4 : Récapitulatif des professionnels interviewés

Annexe 5 : Retranscription d'un entretien auprès d'un infirmier

Annexe 6 : Résumé des déroulés d'entretiens

Annexe 7 : Récapitulatif des temps d'observation

Annexe 8 : Les 8 besoins relationnels primaire

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Présentation de ma fonction et du cadre de mon travail

- Étudiant cadre de santé
- Travail de recherche de fin d'études dans le cadre de mon master 1 et l'école de CDS.
- Entretiens : anonyme / accord pour l'enregistrement

2. Formation et parcours de l'interlocuteur

- Formation et parcours professionnel
- Choix de la discipline / service
- Comprendre quel est son rôle dans la prise en charge du patient

3. La pratique du soin dans le service

- Organisation du travail : le déroulé d'une journée / les outils du service / organisation des soins / la répartition des tâches
- Travail en collaboration
- La relation soignant / soigné
- Les habitudes du service dans les pratiques de soins
- Les freins, les ressources et les leviers dans leurs pratiques

4. La qualité du soin

- Définition par le soignant
- Définition par le service
- Les démarche qualité du service et de l'hôpital
- Les dispositifs mis en place par les équipes et l'encadrement

5. La prise en charge de la violence dans le service

- Définition de la situation de violence
- La place de l'isolement / contention dans le service
- Connaissance du protocole du service / réglementation
- Fréquence des isolements / fréquence des isolements avec contention
- Le lieu des isolements / contentions
- Les difficultés physiques, psychologiques des soignants / patients
- FEI déclaré / AT et AM à la suite de ces violences

6. Pistes de changement des pratiques de soins

- La place des projets dans le service
- Ouverture ou non au changement de pratique
- Les causes / les freins / les moteurs
- Des envies personnelles ?

7. D'autres points à aborder ? Ouverture ?

Annexe 2 : Grille d'observation

Critères d'observation	Objectifs des critères
<p><u>L'écoute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} niveau d'écoute : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Écoute dans le silence ce que dit la personne</i> ○ <i>Reste calme</i> ○ <i>Regarde son interlocuteur en lui laissant des moments d'intimité quand cela est préférable (expression d'émotions)</i> ○ <i>Attention centrée sur la personne</i> ○ <i>Capacité à accepter le silence, prendre son temps</i> - 2^{ème} niveau d'écoute : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Repère le non-verbal :</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Changement de voix,</i> ✓ <i>Ses niveaux sonores,</i> ✓ <i>Attitudes corporelles,</i> ✓ <i>Les gestes, leurs cadences,</i> ✓ <i>Niveau d'amplitude,</i> ✓ <i>Mode respiratoire,</i> ✓ <i>Expression du visage,</i> - 3^{ème} niveau d'écoute : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Manifestation du contre-transfert, reviviscence émotionnelle, gérer son propre ressenti :</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>« Acte manqué »</i> ✓ <i>Arriver en retard</i> ✓ <i>Manifestation d'émotions</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une relation centrée sur l'autre - Compréhension globale de ce qui est exprimé. - Être à l'écoute de soi pour être à l'écoute de l'autre
<p><u>L'acceptation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquiescement de la tête 	<p>Favoriser la restauration de l'image et de l'estime de soi de l'autre.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Présence - Soutien du regard - Un « Oui » prononcé doucement - Un « Hum » qui encourage à poursuivre - Une avancée du corps - Accepte que n'importe quelle direction puisse être choisie 	<p>Permet à l'interlocuteur de se définir tel qu'il est. Permet à l'interlocuteur d'être validé et confirmé comme étant signifiant.</p>
<p><u>L'Absence de jugement (le non-jugement):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugement positif - Jugement négatif 	<p>Favorise le développement de l'interlocuteur et le responsabilise.</p>
<p><u>L'Empathie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attention centrée sur l'autre - Centré sur le ressenti de la personne, ses émotions (qu'elles soient exprimées de façon claire ou à peine consciente). L'écouter ressent avec justesse. - Bonne distance thérapeutique - La relation reste professionnelle 	<p>Appréhender et mieux percevoir les ressentis de la personne dans sa globalité. Permet que l'interlocuteur se sente accueilli et compris, comme une personne unique et irremplaçable.</p>
<p><u>La congruence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se comporte de manière naturelle - Ne tente pas de se faire passer pour une autre personne - Capable d'exprimer ce qu'il ressent - Ses paroles et ses émotions sont en cohérence avec ses gestes 	<p>Créer une relation authentique. Permet d'être digne de confiance. Peut favoriser chez l'autre le développement et la croissance de l'authenticité. Permet à l'autre de ressentir de la sécurité.</p>
<p><u>Utilisation de la reformulation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reformule les derniers mots. - Reformule le sens des paroles. - Ressent et reflète les émotions que l'interlocuteur exprime ou manifeste à travers son comportement. 	<p>Permet de vérifier et de s'assurer que l'on a bien compris ce que veut dire son interlocuteur. Effet bénéfique : l'autre se sent totalement écouté et compris. Offre la possibilité d'identifier plus clairement les émotions et de les exprimer véritablement.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Reformule les préoccupations, les émotions afin de permettre à l'autre d'aborder le sujet qu'il désire. - Reformulation centrée sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'interlocuteur ○ Le sentiment dominant ○ La famille, l'épouse, l'enfant ○ Le problème 	<p>Permet à l'écouter de trouver en lui les réponses à ses questions ou à ses préoccupations personnelles.</p>
<p><u>La confiance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il s'adresse à l'interlocuteur comme une personne responsable, capable de percevoir et dire ses besoins, il marque ainsi sa considération positive. - Il permet à l'autre de définir ses besoins, d'organiser son temps. - A confiance en la capacité de l'interlocuteur pour agir de façon constructive - Relation d'adulte à adulte (absence d'infantilisation) - Il est capable d'accueillir des sujets difficiles. 	<p>Permet d'avoir de la sécurité dans la relation. Permet une relation qui procure un sentiment de stabilité, de sérieux et de fiabilité.</p>

Annexe 3 : Travail complémentaire au service de la recherche

Lors de ce travail, la préconisation a été l'installation d'un salon d'apaisement dans la salle de bain. Ce projet s'est basé sur le principe de *wavecare* créé par une équipe danoise. Les fondements de cette technique de soins sont basés sur une culture humaniste centrée sur le rétablissement, la réhabilitation et *l'empowerment* de l'utilisateur.

La finalité de ce projet serait de :

- Permettre aux patients de prévenir leurs moments de violence, lorsque des tensions internes apparaissent.
- Limiter autant que possible le recours aux mesures de contention et d'isolement.
- Limiter l'utilisation de solutions médicamenteuses.

Les objectifs du projet :

- Mise à disposition des patients qui le souhaitent un lieu pour s'isoler et apaiser leur anxiété et leur agressivité.
- Permettre aux patients d'apprendre à gérer leurs émotions et à développer des stratégies de gestion du stress.
- En prévention : possibilité d'installer le patient agité dans un lieu calme et permettre une désescalade de l'anxiété et du stress.
- Faciliter le travail des professionnels de santé en limitant les situations de crises et de violence dans le service.

Le salon d'apaisement est un dispositif à intégration sensorielle : stimuli sonores, visuels, corporels et olfactifs, une ambiance apaisante favorisant l'ergonomie, au service du patient et du soignant.

Dans le projet présenté, le but est de pouvoir utiliser cette pièce soit avec une baignoire soit avec un lit. En raison d'une place limitée dans le service, il n'est pas possible de créer deux espaces d'apaisement. Le but est donc de pouvoir créer un couvercle sur la baignoire pour en faire un lit.

Plan proposé pour le projet de salon d'apaisement



Utilisation du salon d'apaisement en mode baignoire afin d'utiliser l'eau comme contenant



Utilisation du salon d'apaisement en mode lit. Un accompagnement peut être proposé par la socioesthéticienne afin de travailler le toucher massage.

Annexe 4 : Récapitulatif des professionnels interviewés.

Récapitulatif des professionnels interviewés								
Lieux	Pseudonyme – Heure du rendez-vous	Sexe	Âge	Fonction	Années d'expérience en psychiatrie	Ancienneté dans le service	Ancienneté dans la fonction	Durée de l'entretien
Unité A	Margaux 8h30	Femme	42 ans	Médecin psychiatre chef de service	12 ans + internat	8 ans	4 ans	01h10 min
	Catherine 10h30	Femme	59 ans	Cadre de proximité	35 ans	6 ans	6 ans + 3 ans FF	55 min
	Elizabeth 14h30	Femme	58 ans	Infirmière ISP	35 ans	12 ans	36 ans	57 min
	Marc 17h00	Homme	29 ans	IDE	3 ans	2 ans	6 ans	36 min
Unité B	Mégane 8h00	Femme	32 ans	Médecin psychiatre chef de service	2 ans + internat	2 ans (a créé l'unité avant l'ouverture)	2 ans	1h36min
	Sarah 14h00	Femme	31 ans	Aide-soignante	4 ans	1 an	6 ans	29 min
	Alain 11h00	Homme	55 ans	Médiateur de santé-pair	2 ans + 25 ans de parcours personnel	1 an et demi (depuis ouverture)	2 ans	01h04 min
	Pierre 17h00	Homme	40 ans	IDE	9 ans	1 an et demi (depuis ouverture)	9 ans	42 min
Unité C	Guillaume 08h30	Homme	38 ans	IPA	14 ans	2 ans (depuis ouverture)	2 ans	48 min
	Cédric 11h00	Homme	44 ans	Cadre de proximité	11 ans	2 ans (depuis ouverture)	3 ans + 2 ans FF	58 min
	Anne 13h30	Femme	32 ans	Aide-soignante	11 ans	1 an	11 ans	42 min
	Théophile 16h30	Homme	24 ans	IDE	2 ans	2 ans (depuis ouverture)	2 ans	44 min

Annexe 5 : Retranscription d'un entretien auprès d'un infirmier

Lieu d'entretien : Bureaux dans le service d'équipe Mobile, au cœur de la ville.

Heure d'entretien : 17h00

Déroulé de l'entretien : L'entretien se déroule dans un bureau de consultation de l'unité. Nous sommes en face-à-face séparé d'un bureau. Il a pris soins de décaler l'écran d'ordinateur. Nous n'avons pas été dérangé durant l'entretien.

Ambiance : Calme, nous sommes seuls dans les bureaux. Nous sommes décontractés autour d'un café qu'il m'a offert – Accueil chaleureux.

Posture de l'interviewé : Ouvert, calme, intéressé par le sujet. Montre des signes de motivation et d'intérêt.

Mise en relation : Thibault, ancien collègue chercheur en sociologie qui m'a introduit dans le service où il travaille actuellement. N'est pas présent dans le service au moment de l'entretien.

Temps de l'entretien : 42 minutes.

Introduction de l'entretien : Présentation de mon parcours, ma fonction et du cadre de mon travail (étudiant CDS / travail de recherche / cadre de la recherche : qualité des soins en santé mentale / anonyme / accord pour l'enregistrement).

Interviewer : « Tout d'abord je vous remercie de me recevoir dans votre lieu de travail. Pour commencer pourriez-vous commencer par vous présenter ? »

Interviewé : Je suis infirmier sur l'équipe mobile, là— depuis un peu plus d'un an. Avant ça, j'ai travaillé à peu près 8 ans en intra hospitalier dans une unité d'entrée classique en psychiatrie sur le même secteur. J'ai été diplômé ouh— j'avais déjà un certain âge— en 2012. Donc ça va faire euh— je suis dans ma 10e année d'exercice.

Interviewer : Donc première année de la réforme infirmière ?

Interviewé : Tout à fait ouais— en 2009. Donc on a un peu essuyé les plâtres sur cette première année. Ouais c'est exactement ça. Alors que moi j'ai appris ça le jour de la rentrée.

[Rires]

Interviewé : Donc voilà, moi j'ai surtout bossé en intra. Et puis je suis passé sur l'extra avec le projet de restructuration du pôle qui s'est fait au cours de l'année 2020. Donc on a tous dû faire des vœux et puis bon—je me suis dit que j'avais fait mon temps et qu'il fallait voir autre chose.

Interviewer : Et pourquoi la psychiatrie ?

Interviewé : Pourquoi la psychiatrie ? Ben— parce que euh— Je pense que j'étais influencé, mon frère travaillait déjà bien avant moi et qui était infirmier en psychiatrie qui est maintenant cadre et qui cette année passe le diplôme d'IPA. Donc je pense qu'il m'a déjà pas mal influencé et puis c'est par rapport aux stages. Moi j'ai fait mes études en Lozère. Et puis— dès les premiers stages de psychiatrie je me suis rendu compte que c'est là où j'ai accroché le plus. Donc j'ai fait des stages sur [nom d'hôpital] qui est bien connu de l'histoire de la psychothérapie institutionnelle même si aujourd'hui il n'y a plus grand-chose. Mais j'ai fait quelques stages là-bas sur des services de psychiatrie.

Interviewer : Et ici alors ? Quel est votre rôle infirmier au sein de cette équipe ?

Interviewé : Le rôle infirmier — Déjà ici on fonctionne avec le système de référencement, de *case managers*. Donc on a tous, enfin c'est que pour les infirmiers sur l'équipe mobile, on a une liste de patients en gros en référence. On est des coordinateurs de parcours. On ne va pas forcément faire toutes les visites. Mais en gros on voit à peu près les objectifs, on est en lien avec différents intervenants, ça peut être les tuteurs, les curateurs, ça peut être enfin euh— des services d'aide à domicile comme les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Donc on est en lien avec — ouais — différents intervenants. Le rôle aussi qu'on a en tant qu'infirmier — oui — on fait régulièrement de la régulation et aussi de la coordination. Donc ça veut dire faire des reprogrammations de visites, prendre les appels, traiter les nouvelles demandes. Donc moi j'ai fait ça par exemple aujourd'hui et je le refais mercredi. Autrement c'est le rôle d'un infirmier classique. Enfin— c'est l'évaluation clinique avec les médecins, la surveillance des thérapeutiques. C'est essentiellement ça, autrement c'est le rôle

d'un infirmier classique mais ce qui change vraiment sur ce dispositif-là — ouais — c'est ce système de *case management*.

Interviewer : Du coup pour résumer — vous êtes référent mais ça n'implique pas que vous fassiez la totalité des visites ou des soins. Vous êtes une référence clinique lors des réunions, de synthèse, et vous êtes garant du parcours. C'est ça ?

Interviewé : Oui c'est ça et puis maintenant le vendredi c'est une sorte de grand oral. Chaque infirmier passe à tour de rôle et on fait la liste de nos patients qu'on suit en tant que *case manager*.

Interviewer : Ah oui c'est la grosse réunion ?

[Rires]

Interviewé : Oui la grosse réunion du vendredi. Enfin, il y a d'autres points dans la semaine. Et maintenant on a mis aussi des fiches de *case management* sur cortex qui sont liées au dossier cortex qu'on doit renseigner.

Interviewer : Comment vous pourriez décrire la relation avec les usagers ?

Interviewé : Euh— c'est une relation assez horizontale. Enfin moi j'ai gardé des patients que je suivais déjà en intra. Il y en a certains dans ceux dont je suis référent et que j'ai rencontré en intra pendant pas mal d'années. Il n'y avait pas forcément de projet à cette époque-là. Ou il n'y avait pas forcément de perspectives et puis ça s'est débloqué. Mais ouais— la relation bah— surtout dans cette figure philosophie de soins on est orienté vraiment sur le rétablissement. Donc c'est vraiment tenir compte de l'objectif du patient après voir s'il est compatible aussi avec nous et ce qu'on pense être nécessaire en termes de soins. Mais c'est ce qu'on fait en général. Enfin on essaie. Parce que nous on est censé être un dispositif provisoire dans le parcours du patient. Par exemple à une sortie d'hospitalisation ou alors en attendant qu'ils aient un rendez-vous CMP ou alors à un moment donné dans leur parcours où ils ne sont pas capables de se rendre au CMP pour diverses raisons. Donc on intervient dans cette phase de transition. Nous avons un outil

qu'on utilise très souvent, c'est l'outil POPS, il nous permet de savoir avec le patient comment il veut être accompagné. C'est quand ils n'arrivent pas à verbaliser directement, on passe par cet outil qui donne des propositions puis ça se resserre de plus en plus. On demande s'il veut être aidé au niveau social, s'il veut être aidé pour voir plus de gens parce qu'il est un peu isolé, s'il veut être aidé pour mieux comprendre les symptômes... Enfin voilà c'est très très large, on essaie avec l'utilisateur de construire. C'est pour ça que je dis au niveau de la philosophie c'est quand même plus horizontal au niveau des relations que l'on a avec les usagers.

Interviewer : Vous prenez beaucoup de décision sans l'utilisateur ?

Interviewé : Non on essaie d'éviter après ça arrive quand ça s'impose. Avec par exemple des usagers en programme de soins, qui ont très peu d'*insight*. Quand ils n'ont pas conscience de leur trouble des fois on est amené à prendre les décisions. J'ai vu quand même la différence entre le intra et l'extra, on travaille beaucoup plus en collaboration avec l'utilisateur. Mais les usagers sont plus stables à l'extérieur et ont plus leur capacité de décision. Des fois en intra on est obligé de prendre des décisions à leur place parce qu'ils ne sont pas en capacité. Nous sommes justement obligés de faire, en attendant qu'ils puissent reprendre la main. Du coup c'est ce qui change pas mal avec notre dispositif. En extra hospitalier on peut plus s'appuyer sur ce qu'ils veulent et essayer de travailler à partir de ça.

Interviewer : Et qui porte cette philosophie ?

Interviewé : Elle est portée par tout le monde dans l'équipe. Après c'est aussi les orientations récentes par rapport au professeur [Nom] qui devenu chef de pôle et qui faisait déjà ça au centre de réhabilitation donc c'est surtout orienté réab. Notre objectif global est de moins avoir recours à des obligations de soins et pour ça on doit faire confiance à l'utilisateur.

Et puis après en intra l'objectif est de moins contenir, de moins isoler. Je pense que c'est plutôt une bonne chose. Après— c'est bien sur le papier hein— mais ça demande des effectifs. On voit dans certains services en Suisse, ils n'utilisent pas de contention mais il y a beaucoup plus de personnes. Ça demande aussi plus de personnel et pour l'instant je ne suis pas sûr qu'on ait plus de personnel en tout cas en intra. Après ça me va moi et je pense que ça va à la plupart des professionnels de diminuer les isolements et contentions. Ce n'est pas forcément une partie de

plaisir de contenir quelqu'un sur un lit. C'est vraiment le dernier recours. Et ça signe toujours un échec— moi je trouve. Mais bon je les fais et puis il y avait nécessité de le faire à ce moment-là parce qu'on ne pouvait pas faire autrement. Mais qu'on réfléchisse à des alternatives c'est vraiment une bonne chose.

Interviewer : Ouais c'est vrai que l'isolement contention est un sujet actuel, avec de nouvelles mesures législatives qui peuvent être décriées dans les services d'intra.

Interviewé : Tout à fait après je n'y suis plus mais c'est peut-être plus facile de se positionner comme ça. Mais je pense qu'il y a de plus en plus un souci des médecins de réduire les temps d'isolement et de réserver les contentions en dernier recours. Mais je pense qu'ils manquent de moyens pour le moment pour vraiment parvenir à cet objectif. Et puis ouais — c'est extrêmement traumatisant. On a beaucoup de retours des patients qui ont été contenus — qui ont été isolés, c'est vraiment traumatisant pour eux. C'est très rare qu'un patient demande la contention. J'ai déjà entendu mais c'est très très rare. Dans ma carrière en intra une ou deux fois j'ai entendu ça.

Interviewer : Qu'entendez-vous par qualité des soins ? À quoi cela vous fait penser ?

Interviewé : Tout de suite je pense à la certification. Mais ce n'est peut-être pas forcément le premier truc auquel on devrait penser. La qualité des soins — Oui — ça me fait penser à tout ce qui est certification, et bureaucratie. Mais en fait la qualité des soins, comme je l'entends, c'est qu'il faudrait qu'on ait un retour aussi au niveau des patients. Bah oui quoi — si on veut vraiment mesurer la qualité des soins. Moi l'image que j'ai quand on parle certification en tout cas, c'est qu'on nous a dit qu'il fallait préparer et c'est que le jour où il devait passer que tout était nickel. Donc ouais — un peu un truc théâtral ce jour-là mais bon certainement des bonnes choses en ressortent, je n'ai pas forcément regardé dans le détail. Mais ouais — je pense qu'essentiellement la qualité des soins il faut qu'elle soit évaluée par les patients, je ne sais pas si on peut mais ça vaudrait le coup.

Interviewer : Quelle serait pour vous une prise en charge réussie ? De qualité ? Qui vous permettre de vous rendre satisfait en rentrant chez vous ?

Interviewé : Bah — c'est— ouais ça rejoint un petit peu ce que je disais aussi avec les objectifs qu'on a fixés avec les usagers. C'est d'avancer sur les objectifs qu'on a fixés avec eux. Si on les remplit c'est le top. Et même si on ne les remplit pas, en tout cas, qu'on soit sur la voie qu'on a construite ensemble.

Interviewer : C'est l'avancer ensemble.

Interviewé : C'est complètement ça. Et puis — Oui — Oui la qualité — ben — c'est déjà d'avoir une adhésion, c'est quand même gage de qualité quand on a une bonne adhésion aux soins. Et avec l'entourage aussi quand on a des bons retours au niveau de l'entourage, quand ce n'est pas trop conflictuel. Ce n'est pas toujours évident parce qu'il y a ce que veut le patient et ce n'est pas forcément ce que veut la famille non plus. Nous notre position c'est que l'on suit le patient, on ne suit pas forcément la famille. Après on est obligé de tenir compte aussi de la position de la famille. Ça m'arrive sur une prise en charge, je pense à ça en particulier où là nous on est d'accord pour aller atteindre un objectif avec le patient mais là la famille résiste pas mal. Ils mettent en avant les précédents échecs. Là on ne peut pas se calquer sur la position de la famille sur cette prise en charge en tout cas. Il y a eu des discussions d'équipe là-dessus et on a fait ce choix.

Interviewer : Et dans cette prise en charge, avez-vous eu des rencontres avec la famille ?

Interviewé : Le patient à certains moments acceptait qu'on échange avec la famille mais en ce moment il veut plus qu'il y ait d'échanges. Donc on respecte son choix. Ici on vise quand même à ça. Si le patient ne veut pas qu'on échange avec ses proches, on va faire en sorte qu'il n'y en ait pas. On ne peut pas aller vraiment contre son gré. On tout cas c'est comme ça que l'on travaille.

Interviewer : Votre philosophie serait-elle gage de qualité ?

[Silence]

Interviewé : Hum — Je ne sais pas mais en tout cas — pour moi en tout cas c'est plus gage de qualité que le travail sous contrainte. Au niveau des contraintes je pense qu'on est quand même moins dans la contrainte dans le travail qu'on fait ici. Pour moi de moins utiliser la contrainte c'est gage de qualité. Et puis il y a plus de chances que ça marche parce que contraindre les patients dans l'urgence. Alors oui c'est souvent nécessaire mais si ça ne suit pas derrière, s'il n'y a pas une adhésion, si à un moment les patients ne prennent pas le relais, s'ils ne font pas par eux-mêmes — forcément on arrive à une impasse quoi.

Interviewer : Peut-on créer une adhésion après des soins sous contrainte ?

Interviewé : Il y a des patients des fois qui peuvent reconnaître que la contrainte de soins a été nécessaire à un moment dans leur parcours. Ils ne reconnaissent peut-être pas sur le coup ou quand la mesure est élevée, mais avec le recul des fois ils arrivent à le dire. Bien évidemment ce n'est pas systématique. Souvent c'est très compliqué.

Interviewer : Donc une culture sur la réhab, centrée sur le patient, centrée sur les besoins, ça serait ça une prise en charge de qualité pour vous.

Interviewé : C'est ça, tout à fait. On tout cas je me retrouve assez bien là-dedans. On est nombreux dans l'équipe à penser comme ça.

Interviewer : Quels seraient les freins de cette philosophie ?

Interviewé : Bah peut-être des divergences avec d'autres intervenants par rapport à la vision du soin. Avec l'intra c'est possible peut-être que ouais certains intervenants trouvent plus que le bien-fondé est d'avoir une approche critériologique. Après ouais — selon notre position, c'est peut-être un peu plus compliqué de savoir si ce programme de soins est justifié. En tout cas je pense que ça vaut le coup tout le temps de le requestionner avec les différents intervenants et surtout le patient. Pourquoi on a mis en place un programme de soins ? Est-ce qu'aujourd'hui on ne peut pas envisager de le lever ? Nous on est à peu près sûrs dans notre équipe mais il se peut qu'il y ait d'autres intervenants du champ de la santé mentale qui soient dans la prise en charge de ce patient et ne pensent pas du tout comme nous. C'est pour cela qu'il est intéressant

d'avoir une posture centrée sur le patient. C'est lui le chef d'orchestre. Nous on fait que l'accompagner. Le frein ça peut être aussi le patient lui-même, qui aurait un très mauvais *insight* et donc qui ne reconnaît pas ses troubles. Ça ne nous permet pas d'avancer. S'il ne formule rien : pas d'aide, de souhait — on n'a pas la place de l'aider. La première étape c'est qu'il y ait un minimum de reconnaissance des troubles avant de pouvoir envisager autre chose. La famille aussi peut être un frein. La famille qui est très attachée au programme de soins, qui doute de la capacité du patient.

Interviewer : Comment le modèle de soins influence-t-il le rétablissement des patients ?

Interviewé : Les liens existent effectivement. Beaucoup de services sont restés sur des modèles anciens. La contention physique et chimique influencent forcément sur le rétablissement du patient. Dans notre service en se basant sur des dispositifs qui sont super intéressants comme PEPS — PEPS : premier épisode psychotique — où justement avec des patients qui rentrent dans la maladie, dans la schizophrénie, c'est de travailler là-dessus sur les troubles et les symptômes.

Interviewer : C'est quoi le dispositif PEPS ?

Interviewé : C'est le premier épisode psychotique. C'est un dispositif mis en place dans les pays anglo-saxons depuis très longtemps. Par exemple en Australie, ils sont très en avance là-dessus. C'est une prise en charge intensive dès l'entrée dans la maladie. Ça s'adresse plutôt aux patients schizophrènes. Dès le premier épisode psychotique, il y a un suivi où on essaie de mettre un minimum de traitement, en tout cas c'est ce qui est préconisé, juste le traitement qu'il faut pour travailler l'adhésion. Et puis il y a tout un travail de psychoéducation, de reconnaissance des troubles. Et on a montré que — enfin — en tout cas — il y a pas mal d'études là-dessus qui montrent qu'une prise en charge précoce dans ce cadre-là permet une bien meilleure évolution et diminue les hospitalisations avec des gens qu'on arrive quand même à stabiliser. Et je pense que si on fait ce boulot-là on aura je pense un meilleur impact sur le patient et ouais — c'est gage de qualité des soins. On aura beaucoup moins à utiliser la contrainte et à assommer des gens avec des neuroleptiques qui sont blindés d'effets secondaires où ils n'auront plus de libido et vont prendre énormément de poids. Ouais — on va utiliser juste

ce qu'il faut pour pas les dégoûter du traitement et puis c'est faire tout ce travail d'accompagnement autour de la maladie. Le travailler avec.

Interviewer : Quelles sont les violences que vous pouvez rencontrer en extra ?

Interviewé : Ça peut être la violence verbale, les insultes. Après nous notre philosophie c'est : quand ils ne sont pas d'accord pour nous voir on ne les voit pas. On reporte, on annule, on essaie de faire autrement mais on ne force pas les choses. Si on se présente chez quelqu'un et qu'il ne veut pas nous laisser rentrer, on ne rentre pas. Après on n'a pas eu forcément de problème d'agitation à domicile. En tout cas je pense qu'on ne peut pas aller aussi loin qu'en intra. On n'a pas les moyens — de — comment dire — je pense que déjà on est que deux par visite donc on n'a pas les moyens de maîtriser quelqu'un en cas d'agitation ou des choses comme ça. Donc au moindre souci, au moindre truc qui ne tourne pas rond, on se retire. C'est vraiment ne pas insister. Pour l'instant on n'a pas eu ce cas de figure.

Interviewer : Finalement vous laissez la place à l'autre pour qu'il puisse exprimer son mécontentement — que le patient puisse s'exprimer.

Interviewé : Exactement — c'est exactement ça. Et puis on dit que bon — on va annuler pour aujourd'hui. Qu'on verra une prochaine fois. On essaie de garder le contact si ce n'est pas possible le jour-même parce que c'est trop compliqué pour lui, s'il y a trop d'agressivité ou on sent que ça va mal tourner. Les mouvements d'humeur existent pour tout le monde, on a tendance à stigmatiser le fou. Mais finalement ça nous arrive aussi d'être agressifs.

[Silence]

Interviewer : Vous me parliez de l'isolement contention. Du coup avant vous étiez en intra. Y-a-t-il une grosse différence des pratiques dans les prises en charge avec votre poste actuel, en extra ?

Interviewé : Ouais mais — après c'est aussi l'état des patients. On avait quand même des patients beaucoup plus décompensés, en crise. C'est ce que je disais tout à l'heure, ça s'impose

à nous, on est obligé de prendre des décisions à leur place quand ils ne sont pas en état de les prendre malheureusement. Et puis ouais — on est plus sur la contrainte quand même — faut avouer. Beaucoup de crises sont induites par des frustrations vis-à-vis du cadre. On n'est plus dans la contrainte des soins. En extra on l'est beaucoup moins. Nous on propose — On propose des soins, s'il n'y a pas d'accord on se retire.

Interviewer : Vous vous êtes déjà retirés lorsque le patient dit non dans un service de crise ?

Interviewé : Rarement, d'ailleurs des fois peut-être qu'on devrait le faire. Moi j'ai eu — je pense — le truc le plus violent que j'ai vu en intra, c'est quelqu'un où on avait pris la décision à l'avance, quelqu'un qui était alcoolisé, on avait pris la décision à l'avance qu'on allait le mettre en CA (chambre d'apaisement). On avait appelé les gardes pour ça. Tout le monde était autour de lui, le patient était plutôt calme. Il était alcoolisé mais il était plutôt calme à ce moment-là. Et le fait de voir plein de renfort autour de lui, ça a monté. Et puis pour finir il y a un garde qui a pris l'initiative de lui sauter dessus — On a été tous obligés d'y aller et puis c'était un gros gabarit, c'était hyper violent. Le patient a saigné. On n'a jamais débriefé ce truc là — mais je me suis dit — que peut être qu'il aurait fallu le laisser décuver et puis on aurait repris ça le lendemain en lui disant que voilà, là il n'avait pas respecté les règles du service. Et de comprendre le pourquoi il s'était alcoolisé. La décision était déjà prise en amont. On a direct été au rapport de force. Oui c'est vrai que c'est rare qu'on laisse quelqu'un s'agiter. Après c'est toujours délicat parce qu'on a peur qu'il se blesse lui-même, ou qui blesse quelqu'un — surtout qu'il se blesse lui-même.

Interviewer : Et finalement il n'y aurait pas plus de risques en extra ? Il n'y aurait pas plus de possibilités justement pour que ces violences s'expriment ?

Interviewé : C'était mon appréhension au départ. Je me suis dit certains patients décompensés qu'on va voir à l'extérieur — c'est pour ça que j'ai hésité à un moment à me lancer sur ce dispositif. Mais en fin de compte — Non — Alors je pense qu'il faut toujours avoir conscience des risques. Il y en a mais à partir du moment où on sait faire. Pour l'instant il n'y a pas eu de grosse difficulté à ce niveau-là avec des violences. Enfin moi j'ai juste eu sur la première année d'existence où on a assisté à des violences intrafamiliales. C'est un patient qui a mis des coups

à son père. On était présents — ça a un petit peu dégénéré — on a dû les séparer. On a fait un événement indésirable et puis du coup il y a eu une demande de ré-hospitalisation pour ce patient. D'ailleurs il s'était présenté lui-même. Je pense qu'il se doutait que ça allait être compliqué. C'est vrai qu'il y a un sentiment d'impuissance parce que ce jour-là ça a dégénéré entre les deux. On a réussi à les séparer mais on était que deux. Oh là — ça aurait pu empirer. C'est vrai que moi je ne l'ai pas en tête sur toutes les visites mais oui il peut y avoir des risques. En intra, il y a l'équipe qui peut venir directement au déclenchement des PTI (appareil de protection du travailleur isolé).

Interviewer : Qu'est ce qui contient du coup cette violence en extra ?

[Silence]

Interviewé : Qu'est-ce qui contient cette violence ?

[Silence]

Bah déjà — je pense que le point de départ c'est qu'il ait eu un accord à un moment. Parce qu'il y a plein de fois en intra où ils ne sont jamais d'accords pour être là — jamais d'accord pour être soignés de cette manière. Alors que nous le préalable de notre prise en charge c'est qu'à un moment ils ont dit qu'ils étaient d'accord. Que l'on reste pour qu'on les suive, pour qu'on essaie de les aider. Je pense déjà ça — cet accord-là — c'est assez contenant enfin en tout cas ils essaient de s'y tenir.

Interviewer : C'est entrer en relation ?

Interviewé : C'est ça — c'est la relation de confiance qui s'installe. Et de plutôt être dans ce truc de partenaire et c'est peut-être ça qu'il ne nous fait pas défaut. En intra on n'arrive jamais à mettre en place cette relation de partenariat — avec certains. Après ce n'est pas exclu qu'on peut être dans le partenariat un moment et puis qu'il y a un accès de violence. Il n'y a pas de risque zéro mais je pense que oui ça fait beaucoup quand même.

Interviewer : Finalement avoir ces outils de gestion de crises en intra : chambre d'isolement, les traitements, le nombre de professionnels, les murs de l'institution — tout cela pourrait nous éloigner de la relation ?

Interviewé : Oui c'est vrai mais après il y a les contraintes de l'intra. On a des fois pas forcément beaucoup de temps à leur consacrer. Et c'est ça qui change aussi. En extra on fait des visites où on peut y rester une heure. Il n'y a pas de limite de temps ça peut être cinq minutes comme une heure. Mais en intra on passait rarement sur une journée de travail une heure avec le même patient. C'est arrivé quasiment jamais d'être disponible — pas le temps — surtout en semaine parce que y a les entretiens médicaux. J'avais plein de trucs à faire, il y avait les surveillances et les tours pour ceux qui étaient en isolement. Il y avait des rendez-vous à prendre. Et puis il y a tout un tas de trucs qui — et puis ce que j'ai remarqué — c'est que souvent quand on était le plus disponible les patients ne venaient pas forcément. Ils sentent aussi dans quel état d'esprit on est. Et souvent en semaine qu'on avait — on ne touchait pas terre et bah ils étaient là à faire la queue devant le bureau. Par contre le week-end, quand tout allait bien — on avait tout le temps. On laissait la porte grande ouverte pour qu'ils viennent et on avait en fin de compte pas beaucoup de monde. Juste de savoir qu'on était tranquille je pense — c'était suffisant — ça les rassurait. Oui ça — ça je pense — ça joue beaucoup. Parce que souvent en intra quand on a des moments d'agitation c'est que on n'a pas été suffisamment présent. On n'a pas — on n'a pas été contenant. Et du coup souvent ça dégénérait entre eux parce qu'on n'était pas suffisamment présents dans le service. Moi particulièrement, j'aimais bien me mettre à côté du bac de décontamination — puis j'entendais tous ce qu'ils se disaient entre eux — ce qui se passait sur la terrasse. Donc j'avais des petites stratégies comme ça. Et puis j'essayais d'intervenir quand le ton montait un petit peu. Mais je pense que c'est ce qui manque beaucoup. Le fait d'être beaucoup dans le bureau infirmier — d'être derrière un écran — à faire plein de trucs — Et passer moins de temps sur la terrasse — des points stratégiques du service : sur la terrasse, à l'entrée du service — ou en tout cas faire des tours, prendre la température. Des moments informels quoi — on va se poser sur une chaise à côté d'eux. Moi j'ai souvent remarqué ça. Ça faisait beaucoup quoi — Et souvent on payait quand on manquait de présence.

Interviewer : Manquait de présence à travers des relations, à travers des échanges informels — comme vous dites.

Interviewé : C'est ça, tout à fait. C'est sûrement pour ça qu'on a moins de violence aussi à l'extérieur. Et puis ouais — ils sont moins dans la contrainte. Ils sont rentrés chez eux dans leur environnement. Et il y a aussi le rôle des proches — quand il y en a — quand ils peuvent compter dessus.

[Silence]

Interviewé : Ouais ouais — je pense que tout ça — c'est oui — surtout la relation qu'on peut avoir avec eux — le suivi.

Interviewer : MmhMmh

Interviewé : Après faut rester vigilant. Ça ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir de violence non plus à l'extérieur. Surtout — même avec quelqu'un avec qui on a une bonne relation. Surtout avec des gens très délirants — par définition quand ils sont bien délirants ils sont quand même imprévisibles ou quoi — donc — euh.

[Silence]

Interviewer : Là vous êtes dans un service qui vient d'ouvrir il y a un an et demi.

Interviewé : Ouais c'est ça. Enfin nous on a commencé début 2021 mais ça existait déjà un petit peu avant — mais c'était avec deux collègues psychiatres, un collègue IPA et puis quelques soignants du CMP. Et puis après on s'est basés sur l'intra. En gros c'est ça — depuis un an et demi.

Interviewer : Quelle est la place des projets dans le service ? Vous avez du temps pour penser vos pratiques — penser ce que vous faites ? Ou vous devez suivre une ligne directrice ?

Interviewé : Non — Non, il y a beaucoup de temps pour requestionner nos pratiques et créer des trucs. Oui on a cette chance. Par exemple je fais un DU de psychoéducation cette année. Donc je suis en train de mettre en place un programme avec une dizaine de patients de notre file active, basé sur un modèle Canadien. C'est un programme sur la gestion du stress. Donc ouais — on met — on essaie de mettre en avant quand même de plus en plus de nouveaux projets. On va certainement pérenniser parce qu'il y a plusieurs personnes qui sont formées à la psychoéducation. On va récupérer un médecin junior qui est dans ma promo de psychoéducation. Donc je pense qu'à partir de l'année prochaine on va sûrement essayer de pérenniser un programme. C'est hyper stimulant — franchement. On avance aussi beaucoup sur les directives anticipées avec Thibault même sans lui. On développe la place des paires aidants dans les équipes. C'est hyper intéressant de bosser avec eux — ils ont un autre regard — une autre approche et c'est un gros message d'espoir. Nan et puis — il y a une super accroche avec les patients — c'est un plus. En plus nous on fait des cours, c'est une nouvelle initiative — dans le DU de psychoéducation on fait beaucoup de cours en commun avec les DU de pair-aidance. Donc on se retrouve un petit peu tous brassés. On prend des contacts avec les uns avec les autres. On fait des petits groupes de travail. Donc j'ai bossé avec quelques pair-aidants.

Interviewer : Super !

[Silence]

Interviewé : Non non — c'est — c'est quand même — il y a une ligne qui a été tracée mais après il y a des choses qui se rajoutent au fur et à mesure. On est ouvert tant que ça sert au patient.

Interviewer : Qu'est ce qui fait qu'entre collègues c'est possible d'élaborer des projets — innover — répliquer des modèles de soins ?

Interviewé : Je pense que ça joue beaucoup au nouveau dispositif. Ça nous demande de nous ouvrir à d'autres fonctionnements. La réhab, le rétablissement c'est l'ouverture au patient — mais — mais aussi à l'autre. Il y avait quand même beaucoup plus d'inertie en intra c'était plus compliqué. Après c'était aussi pour se dégager du temps. Il m'est arrivé de participer à des

groupes en intra. On faisait un groupe sur schizophrénie cannabis et c'était hyper compliqué pour qu'on soit disponible sur certains créneaux et que les mêmes patients reviennent — c'est pour ça qu'on n'a pas pu tenir ce groupe très longtemps quoi. C'est comme si en intra on pensait qu'il n'y avait que la crise et la folie — on n'a pas pu tenir ce groupe. J'ai des collègues qui font ça sur une unité d'intra où ils vont monter un — un programme de psychoéducation. Je pense que c'est possible mais c'est vrai que pour nous — Et puis après il y a la dynamique d'un nouveau dispositif. Je pense— ça joue beaucoup quand même.

Interviewer : L'équipe serait plutôt une équipe engagée — militante ? Ou pas du tout ? Quand je dis militante — c'est contre un système — un modèle existant ?

Interviewé : Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de militantisme ici. Enfin si on parle à droite à gauche avec certains collègues non je n'ai pas l'impression.

Interviewer : Je ne parle pas de politique.

Interviewé : Non non — oui — non non non — Mais non il n'y a pas forcément de revendication. Je pense qu'on est plutôt en accord avec ce qu'on fait ici.

Interviewer : Vous avez une philosophie commune.

[Silence]

Interviewé : Oui je pense — je pense qu'il y a quand même une bonne cohésion à ce niveau-là. Je ne pense pas qu'il y ait de voix discordantes. En tout cas je n'en entends pas.

[Silence]

Interviewer : Chaque pôle de Lyon a une équipe mobile ?

Interviewé : C'est en train de se développer là. On a commencé, on est les premiers. L'équipe mobile du pôle [zone géographique] a commencé il y a trois quatre semaines et l'équipe du pôle [zone géographique] commence en février.

Interviewer : Donc votre programme s'est répliqué ?

Interviewé : Oui c'est un truc qui va se généraliser.

Interviewer : Ah ok — Super !

Interviewé : Après moi le seul truc qui me fait peur c'est que les CMP se retrouvent vraiment en difficulté. Puis je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de moyens qui soit mis dans le CMP actuellement. On privilégie — enfin on privilégie les moyens pour ces nouveaux dispositifs — type équipe mobile. Et nous avec le CMP avec lequel on travaille il y a plein de patients qui n'ont pas de compte pas de médecin référent. C'est très très compliqué. Nous souvent on intervient pour — quand ils ne se présentent pas au rendez-vous — des fois on fait des doubles prises en charge avec le CMP mais même si on essaie d'éviter au maximum.

Interviewer : Oui pour éviter de remplacer le CMP.

Interviewé : Ouais c'est ça. Et moi j'ai peur — après peut être que ce n'est pas fondé — hein ! C'est que peut être que les CMP seraient amenés à disparaître. Et puis qu'on développe à fond les équipes mobiles et que les équipes mobiles couvrent cette mission de — enfin — de dispenser des soins sur le secteur.

Interviewer : Vous pensez vraiment ?

Interviewé : En tout cas ce qui m'interroge c'est qu'il n'y a pas autant d'investissement au niveau des CMP. Après on ne peut pas investir partout. C'est sûr que c'est une réalité mais ils se retrouvent quand même en difficulté. Et puis après c'est vrai que bon — là après les zones rurales, le petit CMP — est-ce qu'on peut faire mieux que ça en termes de moyens ? J'espère. Mais après c'est tellement disparate sur le territoire puis ça dépend beaucoup de contextes. Je

vois mon frère, il a beaucoup bossé en Haute-Savoie. Ben — avec l'attractivité de la Suisse — Ouais c'est hyper compliqué pour eux de garder les soignants quoi.

[Silence]

Interviewer : MmhMmh

Interviewé : Après ça se développe partout. Même eux ils sont en train de développer des modèles d'équipe mobile. Je pense ouais c'est encore — ce n'est pas encore généralisé. Mais y'en a de plus en plus. Après c'est un travail d'harmonisation quoi. Et tout le monde fait un peu son expérience dans son coin. Nous aussi on a fait ça aussi — à partir du modèle FACT (*flexible assertive community treatment*). On s'est inspiré de ça. Après on s'est mis de plus en plus — on a des contacts avec d'autres équipes mobiles, avec d'autres équipes ambulatoires. Il y a un SAMSA sur Paris. Là on va participer à des colloques pour essayer d'harmoniser la pratique et de s'ouvrir à d'autres fonctionnements.

Interviewer : Ah donc vous avez encore plein de projets, encore une fois en vous ouvrant à d'autres.

Interviewé : Oui c'est stimulant.

Interviewer : Et attractif.

Interviewé : Ouais carrément. Moi j'avais besoin de ça — c'est vrai que de se retrouver au bout de 8 ans en intra où il n'y avait pas forcément beaucoup de projets à part fermer des lits. Donc se retrouver sur un nouveau dispositif — une nouvelle dynamique — ouverte quoi.

Interviewer : J'ai entendu qu'il y a eu énormément de freins à la fermeture de certaine chambre d'isolement pour les transformer en chambres d'apaisement — Type *Wavecare*.

Interviewé : Ouais ouais des anciennes collègues m'en ont parlé. Je pense que les freins sont — Ouais ils disent — ils se rendent bien compte que c'est très bien dans les intentions mais au

même niveau d'effectifs c'est intenable. Enfin moi je me mets à leur place — euh — On te dirait bah — oui on isole moins, on contient moins mais qu'est-ce qu'on propose à la place — oui des chambres d'apaisement comme ça mais dans le [zone géographique] si ça fonctionne, s'ils ne font pas de contention c'est qu'il y a énormément de personnel. Ce n'est pas — ce n'est pas trois soignants pour vingt-cinq patients c'est le double. C'est ça hein dans les comptes — donc c'est aussi la contenance psychique pour éviter la contention physique. Je comprends leurs résistances. Si on leur dit de faire comme ça et vous n'aurez pas plus de personnel — c'est quand même assez casse-gueule. Je pense que c'est ça le principal frein. Moi je n'ai pas rencontré quelqu'un qui bosse encore en intra et qui aime ça — isoler les gens ou contenir les gens. Et s'il pouvait y avoir des alternatives, je pense que la grande majorité serait d'accord pour ça. Voilà peut-être ça renvoie à d'autres professionnels, très anciens, des vieilles pratiques mais même moi quand j'ai commencé à travailler en intra, il y en avait qui étaient là depuis très très longtemps — ils n'étaient pas forcément bloqués là-dessus.

Interviewer : Et pour vous — Y-a-t-il un lien entre contention et qualité des soins ?

Interviewé : Pour moi contenir quelqu'un c'est toujours — c'est toujours un échec — enfin quoi — c'est — ça signe un échec. En tout cas je l'ai fait mais je suis content de ne plus le faire. Et pour moi ce n'est pas forcément — peut-être qu'on fait ça pour éviter que ce soit encore pire que ça mais c'est toujours un constat d'échec. Quand on en arrive là c'est qu'on a pas réussi à mettre en place des choses avant pour apaiser et il faut des moyens pour mettre ça en place. Mais il faut aussi être à l'écoute — à l'écoute du patient.

Interviewer : Est-ce que vous auriez d'autres points à aborder ?

[Silence]

Interviewé : Oui enfin — je pense qu'il est important d'avoir de la continuité. Quand on parle de la qualité des soins il est important d'avoir de la continuité dans les soins pour pouvoir rentrer en relation. C'est ce que les patients rapportent — qu'ils aient eu à parler plusieurs fois de leur situation, de leur histoire. Quand ils rentrent à l'hôpital ils voient un premier psychiatre dans

l'unité d'urgence, ils voient un deuxième psychiatre dans l'unité de transition et un troisième dans l'unité d'entrée — sans compter les infirmiers. C'est souvent des choses qui nous rapportent. Il y a aussi par rapport à l'accueil même si nous on essaie d'apporter des solutions à ça. Mais les services d'urgences ne sont pas des lieux qui permettent aujourd'hui de se rencontrer. Le service d'urgence qui est engorgé et souvent on a des récits de patients comme ça qui se sont retrouvés sur des lits de camps là-bas. Pour la continuité — les patients qui sont hospitalisés et qui étaient déjà dans notre dispositif, on prend des nouvelles régulièrement — savoir comment ça se passe à l'hôpital. On prépare la sortie avec. C'est super important — tu vois — comme critère de qualité — c'est d'éviter les ruptures. On fait le maximum pour ne pas perdre de vue les gens de vue et qu'ils continuent le plus possible avec les mêmes intervenants — surtout pour des prises en charge assez complexes.

Interviewer : Et donc pour vous, quels seraient les freins à la répliation de votre modèle ?

[Silence]

Interviewé : Les effectifs — oui — les effectifs mais pas que. L'organisation des soins parce que le fait que des fois ils ne passent pas toujours par la même unité quand ils sont hospitalisés. C'est que maintenant il n'y a plus vraiment d'unité référente. Il peut être dans une unité et la précédente hopi se retrouver dans une autre. Ça peut être un frein aussi. Et ça ne permet pas la relation. Le frein c'est aussi de ne pas penser comme ça mais je pense que ça s'améliore.

Interviewer : Ne pas penser comme ça ?

Interviewé : Bah oui — il y a certains pros qui ne pensent pas comme nous. Ils pensent que les professionnels sont les sachants et le malade — malade. Ça s'apprend de prendre en compte l'avis du patient. Il faut accepter que nous ne savons pas tout. Et si on veut faire autrement il faut écouter ce que l'on fait ailleurs et s'ouvrir à d'autres manières de travailler avec le patient.

[Silence]

Interviewer : Est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose ?

Interviewé : Non c'est bon, j'espère que ça va pour toi.

Interviewer : Oui très bien. Je te remercie pour ta participation à ce travail de recherche. Bravo pour tous vos projets.

Annexe 6 : Résumé des déroulés d'entretiens

Résumé des déroulés d'entretiens	
Pseudonyme	Déroulé et posture
<p>Margaux</p> <p>Médecin psychiatre Chef de service</p>	<p>Déroulé : Se déroule à 8h30 dans son bureau. Ce dernier se situe à l'extérieur du service dans un couloir comportant tous les bureaux médicaux. Nous sommes dans le coin salon de son bureau autour d'un café. Me prévient qu'elle a une réunion à 10h. A proposé l'horaire de ce rendez-vous pour ne pas être dérangée. Elle me dit que tout le monde pense qu'elle est en télétravail ce jour.</p> <p>Dans son bureau on trouve une grande bibliothèque avec de nombreux ouvrages de sciences humaines et sociales.</p> <p>De nombreux documents sont étalés sur le sol dans un coin du bureau, elle m'explique qu'elle est en cours d'analyse d'une étude qu'elle mène.</p> <p>Posture de Margaux : Ouverte, curieuse. Néanmoins, par moments, elle peut être directive, souhaitant prendre le lead de l'entretien. J'incarne une position basse et neutre pour ne pas rentrer dans une compétition à travers un jeu relationnel de pouvoir.</p>
<p>Catherine</p> <p>CDS</p>	<p>Déroulé : Nous avons rendez-vous à 10h30. L'entretien se déroule dans son bureau situé au cœur de l'unité. Son bureau est très chargé, de nombreux documents administratifs, des ouvrages scientifiques et de vieux meubles entreposés dans un coin, déposés par l'équipe. « Un vrai bureau de cadre », dit-elle. Nous avons été interrompus à 4 reprises : deux coups de téléphones et deux visites de collègues. À chacune de ces visites, ses collègues l'ont décrite comme « la meilleure cadre du monde ».</p> <p>Posture de Catherine : Calme, à l'écoute et dans une grande empathie sur le travail que je menais.</p>
<p>Elizabeth</p> <p>Infirmière ISP</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 14h30 dans le bureau de la cadre de santé. Il n'y a pas d'autre bureau dans les services. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien. La cadre est seulement passée une fois pour récupérer des cigarettes.</p> <p>Nous sommes autour d'un café qu'elle m'a proposé. Elizabeth commence l'entretien énervée en raison d'un échange difficile avec un médecin.</p> <p>Posture d'Elizabeth : Début de l'entretien : tendue, énervée. Puis calme, à l'écoute et disponible.</p>

<p>Marc IDE</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 17h00 dans le bureau de la cadre du service. Nous sommes en face-à-face. Marc regarde à de nombreuses reprises son téléphone portable. Dit avoir le temps et n'est pas pressé. Entretien difficile, prend chaque question de haut. Jeu de rivalité qui s'installe.</p> <p>Sa posture passive m'irrite, j'essaie d'être le plus neutre possible mais reste à l'écoute des émotions générées par cet entretien. J'incarne une position basse, de non-sachant.</p> <p>Posture de Marc : Fermé, position haute en rivalité, passif / agressif.</p>
<p>Mégane Médecin psychiatre Chef de service</p>	<p>Déroulé : rendez-vous à 8h00, 1h avant l'ouverture de l'unité. Accueil chaleureux avec un café. Nous sommes dans le fond de l'unité dans un salon d'entretien (4 fauteuils clubs et une table basse). Pas de téléphone ni d'ordinateur dans la pièce. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.</p> <p>Posture de Mégane : Ouverte, prend le temps, à l'écoute et intéressé par l'échange.</p>
<p>Sarah AS</p>	<p>Déroulé : Rendez-vous à 14h00, nous sommes dans le premier bureau de consultation de l'unité. Il y a deux fenêtres, une donnant sur l'extérieur et l'autre sur le couloir principal de l'unité où il y a beaucoup de passage. Sarah et moi sommes en face-à-face séparés par un bureau où un ordinateur est posé légèrement sur le côté dans sa direction. En début d'entretien, Sarah m'explique qu'elle ne peut rester plus de 30 min. Proposition de décaler le rendez-vous, qu'elle refuse.</p> <p>Posture de Sarah : Agitée durant l'entretien, stressée et pressée. Visage fermé. Regarde sa montre toutes les 5 min. Elle joue avec la souris de l'ordinateur en l'utilisant comme une boule anti-stress.</p>
<p>Alain Médiateur de santé pair</p>	<p>Déroulé : Accueil chaleureux avec un café. Nous sommes dans le fond de l'unité dans un salon d'entretien (4 fauteuils clubs et une table basse). Pas de téléphone, ni d'ordinateur dans la pièce. Nous n'avons pas été dérangé durant l'entretien.</p> <p>Avant d'accepter l'entretien, Alain a souhaité un échange téléphonique. Au début de l'entretien, il m'explique la vraie raison : il voulait être certain de sujet de travail et de ne pas avoir à jouer « le bureaucrate qualitatif ».</p> <p>Posture d'Alain : Ouvert, animé, accompagne ses propos de grand geste.</p>
<p>Pierre IDE</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 17h00 dans un bureau de consultation de l'unité. Nous sommes décontractés autour d'un café qu'il m'a offert. Nous sommes en face-à-face. Il a pris soin de décaler l'écran d'ordinateur. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.</p> <p>Posture de Pierre : Ouvert, calme, intéressé par le sujet. Montre des signes de motivation et d'intérêt.</p>

<p>Guillaume IPA</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 8h30. Nous nous trouvons dans la salle de réunion de l'unité qui est aussi une bibliothèque dédiée aux employés. On y trouve de nombreux ouvrages évoquant la psychiatrie humaniste. Avant de commencer l'entretien, Guillaume est fier de me la présenter. Effectivement il a beaucoup travaillé à sa création.</p> <p>Posture de Guillaume : Ouvert, intéressé, disponible et à l'écoute.</p>
<p>Cédric CDS</p>	<p>Déroulé : Le rendez-vous était programmé à 11h et il a pu se rendre disponible à 11h30. Nous nous trouvons dans l'unité, dans le bureau de Cédric. Nous sommes en face-à-face, séparés par un bureau d'angle. Son bureau est chargé, il a un ordinateur avec deux écrans qui se trouve sur le côté. Il est ouvert sur le logiciel de plannings. Il a posé ses deux téléphones et espère que nous ne serons pas trop dérangés. Il a installé une affiche devant sa porte disant « entretien en cours ».</p> <p>Durant l'entretien, il a reçu 4 coups de téléphone et 2 personnes sont passées dans son bureau.</p> <p>Il est très disponible pour son équipe.</p> <p>Posture de Cédric : Ouvert, calme et à l'écoute. Il est curieux.</p>
<p>Anne AS</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 13h20 dans un salon de consultation dans l'unité. Nous sommes au calme dans une ambiance chaleureuse. Ce bureau est normalement utilisé pour réaliser des entretiens avec des usagers. Nous commençons l'entretien autour d'un café qui m'a été offert. Cela fait 6h30 qu'Anne est présente dans le service.</p> <p>Durant l'entretien, Anne s'ouvre facilement et partage avec émotions sur les difficultés vécues lors de sa carrière professionnelle.</p> <p>Posture d'Anne : Fatiguée, ouverte, calme. Pas de signe de stress.</p>
<p>Théophile IDE</p>	<p>Déroulé : L'entretien se déroule à 16h30 dans un salon de consultations dans l'unité, ambiance calme. Nous sommes autour d'un café. Il est fatigué, il a commencé sa journée à 8h. Il m'explique que c'est la première fois qu'il se pose de la journée. Se permet de manger un morceau en même temps.</p> <p>Posture de Théophile : légèrement stressé, curieux</p>

Annexe 7 : Récapitulatif des temps d'observation

Récapitulatif des temps d'observation				
Lieu	Estimation durée de l'observation	Séquences observées	Professionnels présents dans le service	Échanges informels avec des sagers
Unité A	5h30	Temps de transmission : x1 Séquences de soins : x 3 Temps d'observation informel estimé à 3h30	IDE x 5 : (2 en poste du matin / 2 en poste de l'après-midi / 1 en journée) CDS : x1 Médecin chef d'unité : x1 Médecins psychiatres : x2 Interne en médecine : x1 Art-thérapeute : x1	4 usagers de 16 à 18 ans : - 2 filles - 1 personne transgenre - 1 garçon
Unité B	6h00	Réunion comprenant de la gouvernance et de l'échange clinique : x1 Séquence de soins : x 1 Temps d'observation informel estimé à 2h00	Infirmiers : x2 IPA : x1 Médecin chef d'unité : x1 Médiateur de santé pair : x1 Assistante sociale : x1 Aide-soignante : x1	/
Unité C	6h00	Temps de transmission : x1 Séquences de soins : x 2 Temps d'observation informel estimé à 4h00	Infirmiers : x3 (postés en 12h) Médecin psychiatre : x1 Interne en médecine : x1 Cadre de santé : x1 Aides-soignantes : x2 Psychomotricienne : x1	3 usagers : - 1 femme d'environ 40 ans - 1 homme d'environ 50 ans - 1 femme d'environ 25 ans

Annexe 8 : Les 8 besoins relationnels primaires

Selon Richard Erskine, Rebecca Trautmann et Janet Moursund (2019)

- Sécurité dans la relation : c'est l'expérience que nous avons quand nos vulnérabilités physiques et émotionnelles sont protégées. C'est le sentiment d'être ensemble vulnérables et en harmonie avec un tiers. Cette complicité implique la conscience empathique du besoin de sécurité chez l'autre. La relation centrée sur la personne peut remettre de la sécurité.
- Être validé(e) et confirmé(e) comme étant signifiant(e) : la personne a besoin que l'autre valide le vécu et le processus qui est le sien. C'est-à-dire, qu'il accepte ses besoins et ses émotions comme naturels et importants.
- Besoins humains d'une relation qui procure un sentiment de stabilité, de sérieux et de fiabilité.
- Définition par soi-même : besoins de se définir soi-même, de pouvoir exprimer ses préférences, ses centres d'intérêts et ses idées, sans humiliation ni rejet. C'est aussi le besoin que la personne a de conformer sa vie et ses pratiques à ses convictions et ses valeurs. Si ce besoin n'est pas honoré, les personnes peuvent manifester des formes conscientes ou inconscientes d'hostilité.
- Avoir un impact sur autrui : c'est le fait d'exercer une influence qui affecte l'autre de manière désirée. C'est d'accepter d'être impacté par les émotions de l'autres.
- Que l'autre prenne l'initiative : c'est le besoin que l'autre prenne l'initiative du dialogue, qu'il quitte sa position et vienne s'asseoir à côté.
- Exprimer de l'amour et de la gratitude : l'importance d'exprimer une gratitude paisible, une reconnaissance.
- Répondre à la réaction de juxtaposition : ce phénomène arrive quand la relation thérapeutique amène des composantes que l'utilisateur n'a jusqu'à aujourd'hui jamais repéré. Elle crée un contraste pouvant amener l'utilisateur vers la colère, l'irritation, le déni... Prendre en compte ce phénomène ajoute de la sécurité et de la stabilité dans la relation.

LOOTEN	Nathanaël	Promotion Uderzo 2021-2022
Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1 ^{ère} année) : « Économie sociale et solidaire, Santé, protection et économie sociale ».		
<p align="center">« LA CULTURE AU SERVICE DE LA QUALITE DES SOINS »</p> <p align="center">Sous la direction de Madame Catherine DIDIER</p>		
<p align="center">Institut de Formation des Cadres de Santé GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences Université Gustave Eiffel</p>		
<p><i>Résumé :</i></p> <p>En quoi la posture professionnelle, construite par la culture de soins ainsi que la culture d'action, influe-t-elle sur la qualité des soins en santé mentale ?</p> <p>A travers ce travail d'initiation à la recherche, l'objectif est d'appréhender les liens entre la culture de soins, la culture d'action, la posture professionnelle et la qualité des soins.</p> <p>L'objet de la recherche s'est construit à travers deux hypothèses. L'objectif est de comprendre l'influence de la culture de soins d'un service sur la qualité des soins dispensés auprès des usagers. Cette culture de soins serait un frein à la possibilité de répliquer des techniques ou encore des modèles de soins.</p> <p>Pour réaliser cette étude, deux outils d'enquête ont été exploités : l'entretien semi-directif et l'observation. Afin d'enrichir l'analyse, un projet réalisé au cours d'un stage a été utilisé comme travail complémentaire au service de la recherche. Médecins chefs de service, IPA, CDS, infirmiers, aides-soignants et médiateur en santé-pair ont été interviewés afin de questionner la notion de culture de soins dans le collectif.</p> <p>Ce travail de recherche a permis de valider la première hypothèse et d'affiner la seconde. Pour plus de précision, nous pouvons retenir qu'il aurait été intéressant d'élargir la recherche aux usagers. De même, l'inclusion d'autres unités de soins avec des cultures de soins différentes aurait permis d'étoffer cette analyse.</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSP) :</p> <p>Qualité des soins – Culture de soins – Culture d'action – Posture professionnelle – Relation d'aide – Réplication</p>		
<p align="center"><i>L'institut de Formation des Cadres de Santé Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		