

Le vécu des infirmier.e.s en services hospitaliers psychiatriques aigus

Doctorante : Delphine Kallai

Promoteur : Jan De Mol

Co-promoteur : Philippe de Timary

Plan

- Notre questionnement
- Notre méthodologie
- Notre ancrage théorique
- Résultats à l'heure actuelle
 - A/ Les représentations des patients
 - B/ L'omniprésence des paradoxes
 - C/ La notion de risque
 - D/ Les relations infirmier.e.s et psychiatres
- Conclusion

Notre questionnement

- Issu du terrain avant tout
- Littérature abondante concernant les croyances de la population générale envers les patients en psychiatrie
- Littérature pauvre et contradictoire concernant les croyances des soignants envers les patients en psychiatrie
- Les infirmiers sont...
 - des soignants essentiels de l'hôpital
 - en situation de proximité physique constante avec les patients
- Les unités de psychiatrie en hôpital général rassemblent une grande variété de problématiques et se caractérisent par des temporalités courtes

Notre questionnement

- Quel est le vécu des infirmier.e.s en services hospitaliers psychiatriques aigus ?
 - Quelles représentations ont elles des patients ?
Comment pensent-elles ?
 - Comment leur pratique clinique s’articule-t-elle avec ces représentations ? Comment agissent-elles ?
 - Quels effets en termes de ressentis et de bien-être au travail en découlent ? Comment le vivent-elles ?

Notre méthodologie

Récolte de données

- Récolte de données qualitatives à visée exploratoire dans 2 services psychiatriques en hôpital général en Belgique francophone
- Entretiens semi-directifs
 - 13 infirmier.e.s
 - 5 collègues d'autres professions
- But est exploratoire et inductif : générer des hypothèses et enrichir la théorie existante qui est pauvre pour l'instant
- Interpretative Phenomenological Analysis, cherche à comprendre l'expérience vécue des participant.e.s et comment elles font sens avec la réalité qu'elles vivent

Notre ancrage théorique

Les représentations sociales

- Social representations are a system of values, ideas, metaphors, beliefs and practices shared among the members of a group with a twofold function (1) to enable individuals to orient themselves in the complexity of the material and social world they are dealing with in order to master it and (2) to enable communication between these individuals by providing them a code for social exchange and so naming and classifying without ambiguity the various aspects of their worlds.

(Moscovici, 1973)

Notre ancrage théorique

Les représentations sociales

- Social representations are a system of **values, ideas, metaphors, beliefs and practices** shared among the members of a group with a twofold function (1) to enable individuals **to orient themselves in the complexity** of the material and social world they are dealing with **in order to master it** and (2) **to enable communication** between these individuals by providing them a code for social exchange and so naming and classifying without ambiguity the various aspects of their worlds.

(Moscovici, 1973)

Résultats à l'heure actuelle

- Je viens demander les certitudes d'un univers incertain
- Comment faire sens de cette complexité?

Résultats à l'heure actuelle

A/ Représentations des patients

- Les patient.e.s sont-ielles
 - Traitables ?
 - Gérables ?
 - Sympathiques ?

« Perceptions of clients by professional helpers” by Thomas A Will,
Psychological Bulletin, 1978

Résultats à l'heure actuelle

A/ Représentations des patients

- Traitables ? = Réversible ou Irréversible ?
 - ➔ Autonomie ou Chronicisation ?
 - ... Quand la réversibilité se chronifie
 - ➔ Si réversible : Responsabilité dans son problème ?
 - ➔ Si réversible : Volonté à être traité ?
- Sympathiques ?
 - Question de la responsabilité et de la volonté
 - Effets sur les sentiments d'utilité/impuissance
 - Donnent explicitement de la reconnaissance
- Gérables ? en rapport avec le collectif

Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes

- Fond et forme
- Contradictions – Dissonance au cœur des
 - Représentations des patient.e.s
 - Représentations du travail
 - Ressentis
- Lutte perpétuelle pour concilier l'inconciliable

Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans le langage

- Nombreux phénomènes linguistiques
- Précaution :
 - Désirabilité sociale
 - (Co)construction in situ
 - Particularités idiosyncrasiques de discours
- Reflets de l'ambivalence vécue
→ Mécanismes de défense sollicités fortement
- Double niveau de discours : explicite / implicite
 - Les principes... et leur application
 - Pas de généralité hors de la singularité de la rencontre... et en même temps, il faut des invariants sur lesquels se reposer

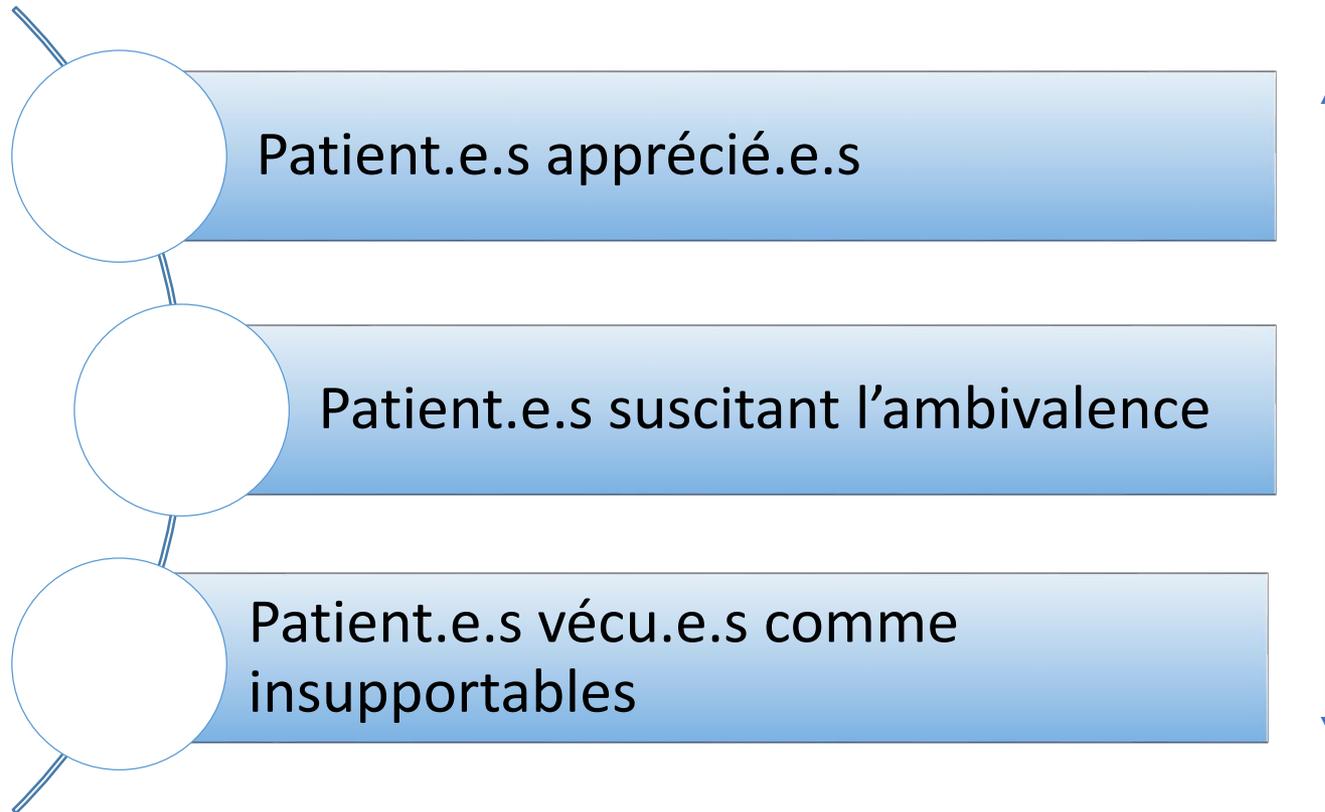
Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans les représentations sociales des patients

- Situationnel, externe >< Chronicité, interne
- Acteurs >< Moins capables, fragiles
- Ressemblance >< Dissemblance
- Singularité, diversité >< Catégorisation

Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans les représentations sociales des patients



Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans les représentations sociales du travail infirmier

Être experte >< Ne pas être experte

	De leur point de vue	D'un point de vue extérieur
Niveau implicite	Se sait experte	« vous êtes supposées être expertes »
Niveau explicite	« on ne se sent pas experte »	« vous n'êtes pas des expertes »

- On ne peut pas admettre qu'on sait dans un contexte où notre action n'a (parfois) aucun effet >< On ne peut pas admettre qu'on ne sait pas dans un contexte où nous sommes les professionnel.le.s supposé.e.s savoir

Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans les représentations sociales du travail infirmier

Conflits de rôle et injonctions paradoxales

- | | | |
|--|----|--|
| – « Nous sommes ici pour prendre soin et pas pour guérir » | >< | Résultat escompté, « hospice qui ne servent à rien » |
| – Responsabilisation – autonomisation | >< | Infantilisation |
| – « On n'a aucune maîtrise », incertitudes | >< | Un certain résultat à atteindre |
| – Investir la relation et prendre le temps | >< | Manque de temps, temps investi non reconnu |
| – être tolérantes, disponibles, pas dans le jugement, dans l'aide inconditionnelle | >< | Injonctions intenable |

Résultats à l'heure actuelle

B/ L'omniprésence des paradoxes... Dans les ressentis émotionnels

- Expertes avec des vécus d'impuissance
- Sentiment de découragement là où elles incarnent l'espoir, d'agacement là où elles doivent être patientes
- Il faut être idéaliste mais surtout pas trop
- Sentiments d'absurdité et de perte de sens >< elles cherchent à « faire sens »

- Je suis convaincue que mon travail est important et fait sens, mais est il utile ? On fait de notre mieux mais est ce que parfois on ne fait pas pire ?
- Comment savoir et tenir un certain cap dans un univers mouvant et incertain ?

→ Comment faire sens du non sens ?

Résultats à l'heure actuelle

C/ La notion de risque

- Champ sémantique omniprésent : surveiller, vérifier, protéger, être vigilant
- Violence rejetée mais vigilance omniprésente
- Notion de bravade (Ahmed Benaïche – Rencontres soignantes en psychiatrie)

Résultats à l'heure actuelle

D/ Les relations infirmier.e.s et psychiatres

- Le focus différent sur le collectif et l'individuel
- La différence marquée des conditions de mise en relations avec les patients
- Les impacts décisionnels et leur implémentation

En conclusion

- Être infirmière c'est faire avec des paradoxes à de nombreux niveaux et en permanence, sans toujours en avoir conscience
- Injonctions paradoxales tant sur ce que pensent des patient.e.s que ce qu'elles font et comment elles doivent se sentir
 - En situation de double bind, comment est ce tenable autrement qu'en se mobilisant massivement au niveau défensif ?
- L'hôpital est un organisme malade (Oury) où se retrouvent des injonctions paradoxales (Bateson, L'effort pour rendre l'autre fou Searles)
- De quoi puis je être sure dans cet océan d'incertitude ?
- Comment faire avec la complexité ? Quel sens dégager d'un univers de non sens?

En conclusion

- Idée de départ = ce qu'elles pensent des patient.e.s est l'élément organisateur central (Rosenhan)
- Est-ce que ce ne serait pas plutôt le vécu lui-même d'ambivalence constante qui est élément organisateur central ?
- De « qui sont les patient.e.s? » à « C'est quoi être infirmière ? »
- Être infirmière c'est dire « j'ai des vécus d'impuissance et d'inutilité là où je suis supposée être une experte et faire sens du non sens »

En conclusion

- Comment s'opposer à ces forces de déliaisons permanentes ?
 - Nommer ces injonctions paradoxales
 - Acceptation et bienveillance
 - Superviser – Interviser
 - Réflexivité groupale
 - Respecter les défenses (mécanismes fonctionnels)
 - Prendre le temps