

**La construction de l'alliance thérapeutique
en unités de soin psychiatrique aigu**

**Le point de vue des équipes infirmières et
aides-soignantes**

Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale **ATIASP**

J-M. Morvillers B. Décoret

2016 - 2017

Avant-Propos

Le rapport qui est présenté ici, est constitutif de l'un des deux volets qualitatifs du Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale **ATIASP** (lauréat PHRIP 2013). Il a consisté à recueillir puis analyser la parole des infirmiers et aides-soignants, qui ont bien voulu participer à l'un des quatre *focus group*, autour du thème de la construction de l'Alliance thérapeutique avec les patients hospitalisés dans les unités de soins aigus.

Ces *focus group* ont ainsi été menés par Bruno Décoret (Docteur en psychologie et Habilité à Diriger des Recherches), consultant externe à l'établissement EPS Maison Blanche. Ces choix méthodologiques – *focus group* et intervenant externe - ont été décidés lors de la rédaction du programme de recherche et en accord avec l'Unité de Recherche Clinique Paris Nord, qui supervise l'ensemble de ce programme.

Les focus group ont été réalisés sur chacun des quatre sites d'hospitalisation aiguë (Avron ; Lasalle ; Hauteville ; Bichat), dont l'un avec les équipes de nuit.

Nous tenons à remercier ici les soignants qui ont bien voulu participer à cette recherche ainsi que l'encadrement qui a été un facilitateur incontournable dans la mise en place de ces groupes. Ce rapport doit être considéré comme une restitution de leur parole, qu'il restera toujours possible de commenter, d'amender ou de préciser.

Afin de diffuser, au-delà de l'établissement EPS Maison Blanche, le fruit de ce travail, un article est en cours de rédaction.

Jean-Manuel Morvillers
CCS/Investigateur principal

Pr. Bruno Décoret
Co-investigateur

Présentation

L'étude présente s'intègre au projet ATIASP (Alliance Thérapeutique Infirmiers et Aides Soignants Psychiatriques). Elle est centrée sur les soignants eux-mêmes, leur représentation de l'alliance thérapeutique, la manière dont ils la vivent et l'utilisent dans leur pratique professionnelle.

La conclusion principale, qui sera le fil conducteur de notre étude, est que l'alliance thérapeutique est présentée par les professionnels comme le cœur de leur métier, le pivot sur lequel s'articule leur activité de soignant, dirigée vers un but unique, constamment réaffirmé : l'intérêt de leurs patients. Ils rejoignent ainsi ce qui se dit dans la littérature concernant l'alliance thérapeutique en psychothérapie. Antoine Bioy et Maximilien Bachelart,¹ dans un article synthétique et historique notent que, si toutes les méthodes psychothérapeutiques ont prouvé leur efficacité, les études analysant ce phénomène montrent que l'alliance thérapeutique est le facteur principal qui va discriminer les résultats positifs, neutres ou négatifs, plus que la méthode employée. Certes, il s'agit dans cet article de psychothérapie individuelle et non de psychiatrie en institution. Mais les professionnels que nous avons interrogés expriment la même conception pour leur pratique psychiatrique. Cet avis, relativement stable par rapport à l'ancienneté dans le métier, est affirmé à partir de leur pratique, leur ressenti, et non des lectures qu'ils auraient pu faire. En effet, ils citent toujours des faits réels pour argumenter leurs affirmations, et non des auteurs.

La suite de l'étude développe les aspects de l'alliance thérapeutique : sa mise en œuvre, son maintien, les bonnes et les moins bonnes attitudes pour la faire fonctionner, le cadrage et les limites, l'apprentissage et la formation, le rapport avec les équipes et avec l'environnement institutionnel. Ceci, toujours en référence concrète à l'exercice professionnel. A partir du cœur de métier qu'est l'alliance thérapeutique, nous cherchons à définir les caractéristiques de ce métier de soignant en psychiatrie, tel qu'il est décrit par les praticiens. Ceux-ci expriment en effet qu'ils n'ont pas le sentiment d'effectuer seulement un ensemble de tâches, ni d'occuper un poste de travail, mais bien d'exercer un métier.

Description du terrain

Quatre focus sur quatre lieux différents appartenant tous à la structure « EPS Maison Blanche ». L'organisation de ces focus a été assurée par Monsieur Jean Manuel Morvillers, cadre supérieur de la fonction publique hospitalière. Dans chacun de ces lieux, un cadre assurait l'accueil, la mise à disposition d'une salle et la libération des personnels pendant une heure et demie. Trois des focus concernaient une équipe de jour, le quatrième une équipe de nuit. Nous avons aussi enregistré un entretien individuel avec un des cadres.

La répartition des personnels, avec les caractéristiques d'ancienneté dans l'exercice de leur profession d'infirmier ou aide soignant psychiatrique, est résumée dans le tableau ci-joint.

Soit un total de 33 personnes, 20 femmes et 13 hommes, allant de l'étudiant en stage à l'infirmier de très longue expérience. Sur la majorité des thèmes abordés, nous avons noté peu ou pas de différence selon l'ancienneté. Seul le rapport à l'institution présente une différence sensible. Par contre, nous n'avons pas noté un impact du sexe des personnels sur leurs opinions.

Méthodologie

Une grille souple d'entretiens semi directifs a été préparée, jointe en annexe. La question de lancement portait sur la signification de l'expression « alliance thérapeutique ». Nous avons laissé au maximum les personnes s'exprimer librement, n'utilisant les questions de relance que lorsqu'un des thèmes n'était pas abordé ou posait de difficultés d'expression. Tous les focus ont été enregistrés avec l'assentiment explicite des personnes.

Dans un des groupes, deux personnes n'ont pas voulu être enregistrées tout en souhaitant participer. Nous leur avons expliqué que ce n'était pas possible et contraire à la méthode. Elles ont finalement renoncé et sont parties.

La retranscription intégrale des focus s'est faite au moyen du logiciel N'vivo®, ce qui présente de nombreux avantages, dont celui de donner des repères temporels dans le texte écrit, ce qui permet facilement de retrouver une expression.

Nous avons utilisé les possibilités de ce même logiciel pour l'analyse de contenu, en nous référant à la méthode dite « par théorisation ancréeⁱⁱ ». Suivant les préconisations de cette méthode, nous avons alterné approche inductive et approche déductive. Dans un premier temps, en utilisant la création d'une arborescence de nœuds par N'vivo, nous avons regroupé des points essentiels puis nous avons élaboré une première classification selon des axes principaux. Nous avons ensuite repris les transcriptions des focus pour confirmer, infirmer ou modifier ces axes. Il en résulte une deuxième classification axiale qui, confrontée à un dernier retour inductif ancré dans les focus eux-mêmes,

Lieu	Personne	ancienneté
1° focus jour (Lasalle)	H infirmier	7
	F infirmière	9
	F infirmière	5
Focus nuit 1° groupe (Bichat)	H infirmier	47
	H infirmier	11
	F infirmière	5
	F infirmière	6
	H infirmier	2
	F infirmière	5
	F infirmière	9
Focus Nuit 2° groupe	H infirmier	3
	H infirmier	5
	H infirmier	4
2° Focus jour (Avron)	H infirmier	2,5
	F stagiaire	2 mois ½
	F infirmière	1
	H infirmier	2 mois ½
	F infirmière	24
	F infirmière	4
	F infirmière	1 ½
	F infirmière	1 ½
	F infirmière	3 ½
	3° Focus jour (Hauteville)	H infirmier
F infirmière		20
H étudiant		2 mois
F infirmière		11 mois
F étudiante		2 mois
F infirmière		2 ½
F étudiante		2 mois
H infirmier		10
F aide soignante	24	
F infirmière	7	
H étudiant	1 mois	

s'avère stable. L'utilisation d'un logiciel comme N'vivo permet d'exploiter plus profondément les ressources des focus.

Dans notre analyse, nous nous référons aussi à l'ethnométhodologie, considérant que les personnes interrogées sont des experts dans la connaissance de leur métierⁱⁱⁱ. Nous aurons l'occasion de relever que certains éléments de leurs discours constituent des *allants de soi* et certains de leurs comportements des *ethnométhodes* de leur profession. L'importance primordiale de l'alliance thérapeutique et l'objectif de l'intérêt du patient sont des « *allant de soi* » pour tous nos acteurs. L'écoute et la bienveillance comme facilitateurs de la constitution et la pérennisation de l'alliance thérapeutique sont des *ethnométhodes* retrouvées chez tous. Le regard sur la formation, le rapport à l'administration, sont des thèmes abordés par tous, mais avec des nuances, voire des différences ; ce ne sont pas des *allant de soi*.

L'alliance thérapeutique est le pilier du soin, dirigé vers l'intérêt du patient.

Nous avons noté une grande cohérence de l'expression des participants sur le concept d'alliance thérapeutique, à l'intérieur de chaque focus et aussi d'un focus à l'autre. Si le temps de parole était inégal et fonction essentiellement de l'ancienneté dans la profession - les plus anciens s'exprimant plus que les nouveaux - il y avait consensus général. Nous avons noté beaucoup d'expressions marquant l'accord explicitement (« je suis d'accord avec X », « comme disait X » ...) et des approbations générales non verbales (hochements de tête). Rares sont, sur ce point, les expressions de désaccord et elles sont toujours sur le ton de la nuance. Les étudiants en stage ou les infirmiers très récents dans la profession s'expriment peu, mais approuvent leurs confrères s'il leur est fait demande d'exprimer leur avis.

Presque tous les participants parlent dès leur première intervention de l'alliance thérapeutique comme d'une notion complètement connue d'eux. Pour certains, elle est une évidence qu'il n'est même pas nécessaire de définir. D'autres vont donner une définition courte et précise : « c'est un ensemble des méthodes pour une prise en charge du patient » - « c'est faire accepter par le patient la prise en charge » - « ça permet qu'il [le patient] adhère au traitement et que les choses aillent plus vite » - « [c'est] amener le patient à accepter les soins, établir son projet ». Une seule personne exprimera son ignorance du terme : « moi, honnêtement, je n'ai jamais entendu cette expression ; j'entends pour la première fois dans ma vie. » Mais cette même personne se ralliera aux définitions données par ses collègues.

On le voit, le patient est toujours présent dans la définition. C'est vers lui qu'est orientée l'alliance thérapeutique et les intervenants ne l'envisagent que dans cette optique. Elle est un « *allant de soi* » au sens que donne l'ethnométhodologie de cette expression. On peut résumer ce constat à l'expression prononcée par un intervenant et approuvée par ses collègues : « L'important, c'est que le patient aille mieux »

Sur le plan théorique, deux interventions seulement lient l'alliance thérapeutique au *transfert*, mais ce lien n'est pas davantage développé, malgré une relance. Le discours sur l'alliance thérapeutique sera surtout pragmatique, les participants s'exprimant à partir de leur expérience de terrain.

L'alliance thérapeutique apparaît donc comme le pilier sur lequel se construit le soin au patient. Son impact sur la qualité du soin est une évidence, qui se matérialise sous divers aspects.

Elle facilite l'acceptation de traitement et l'alternative au traitement

« Amener le patient à accepter les soins, établir son projet » va faciliter la prise du traitement et son efficacité. « Quand on a une bonne alliance thérapeutique, qu'ils connaissent leur maladie, les médicaments, les risques de rechute, les effets secondaires, du coup ils ont un minimum d'autonomie ». La bonne qualité de l'alliance thérapeutique va permettre au soignant de faire accepter leur traitement aux patients qui sont « en opposition aux soins » ou qui « refusent les injections », ou sont « agités ». Cet aspect sera mentionné souvent, soulignant que nombreux sont les patients qui n'acceptent pas les traitements. Il n'y a pas opposition – au contraire - entre la dimension relationnelle de l'alliance thérapeutique et la prise de traitement. « ils refusent les injections, ils refusent les traitements et pour autant ils ont cette sympathie envers les équipes et ils sont parfois contents de nous revoir en hospitalisation alors qu'ils sont contre les médicaments et qu'ils ont un rejet du processus de soin, mais au contraire un contact positif avec l'équipe » L'alliance thérapeutique facilite le dialogue, la « pédagogie » et permet ainsi de récupérer « des patients qui étaient complètement en échec par rapport au traitement qu'on leur proposait ».

Il est important que le patient « sache mieux les traitements qu'il prend, pourquoi il est hospitalisé ». Il va ainsi participer au processus curatif et renforcer son efficacité, et ainsi, « ça permet qu'il adhère au traitement et que les choses aillent plus vite »

Parallèlement, la bonne qualité de l'alliance thérapeutique permet l'alternative aux traitements médicamenteux, sans remettre en cause la nécessité de ces traitements. « les patients viennent d'eux-mêmes, c'est bluffant aussi, c'est que même quand ils vont mal, même s'ils sont opposés aux médicaments, ils viennent frapper à notre porte pour venir parler ». Ceci va concerner en particulier les patients « agités » qui se sentent très mal et risquent de provoquer une situation difficile à gérer. « On désamorce une situation, parce qu'on a gagné la confiance du patient. »

Elle favorise l'acceptation de l'hospitalisation, sa diminution et l'éventuelle alternative.

Souvent, les patients viennent en souffrance et refusent l'hospitalisation : « Ils rentrent plus sans consentement qu'avec consentement, donc ils n'acceptent pas leur maladie et du coup, voilà, il faut veiller à ça ». Une bonne qualité d'alliance thérapeutique va permettre de pallier à ce problème, soit en faisant accepter la nécessité de l'hospitalisation : « parfois ils veulent pas être hospitalisés mais ils disent "ça va pas" et on peut peut-être discuter » - soit en permettant de l'éviter : « on a évité une hospitalisation ». L'accueil du patient est essentiel, comme nous le développerons. Le premier contact va avoir un rôle calmant et permettre d'engager le dialogue qui aboutira à une hospitalisation nécessaire, ou pourra l'éviter, parce que le simple accueil aura apporté le calme. De même cela permettra de limiter la longueur de l'hospitalisation. L'acceptation de la nécessité de l'hospitalisation se fera après le temps d'écoute et de pédagogie : « le patient accepte l'hospitalisation et il en voit vraiment le bienfait ». Ainsi le patient deviendra plus coopératif, ce qui aura un effet positif sur son état : « le patient, lorsqu'il voit une évolution, il nous le dit et on peut communiquer sur d'autres choses par la suite ».

La diminution possible des hospitalisations, de leur durée et les éventuelles alternatives représentent au demeurant une économie nette pour l'institution. « si vous avez une bonne alliance thérapeutique, vous pouvez vous permettre de recevoir beaucoup plus de patients et d'être beaucoup plus rapide parce vous connaissez le patient et le patient a confiance en vous ». Ou encore : « le bénéfice qu'on apporte au patient et c'est aussi un bénéfice pour l'administration dans la mesure où on peut limiter les durées d'hospitalisation et faire des économies ». Ce point sera abordé dans la critique que certains participants font de leur institution (p. 16).

Elle permet d'apaiser les peurs et de faire accepter les cadres

« On reçoit souvent des patients, c'est la première fois qu'ils viennent et ils ont peur ». Pour pouvoir prendre en charge ces patients, il faut faire diminuer cette peur, alimentée par la méconnaissance de ce qu'on va faire pour eux. La peur se matérialise par une opposition aux soins, ou au non respect du cadre institutionnel « souvent [le patient] est en opposition, il ne comprend pas toujours pourquoi il est là et donc il faut arriver à passer un certain temps d'adaptation pour pouvoir commencer tout doucement à lui faire comprendre où on veut l'emmener ». Un bon accueil va apaiser la peur et permettre la prise en charge

Elle est essentielle dans le traitement de la chronicité

Les patients atteints de pathologie chronique constituent une part très importante de la patientèle de l'hôpital. « on a des patients qui ont des pathologies qui sont , ---, font que, ils sont là régulièrement ». « on les revoit deux ou trois fois par an ». Lorsque ces patients reviennent parce qu'ils ne se sentent pas bien, ils trouvent des personnes qu'ils connaissent. L'infirmier qui les connaît peut entamer directement le dialogue, leur apporter un calme immédiat et leur faire accepter hospitalisation et traitement. Si ce n'est pas les mêmes personnes, ils vont reconnaître la façon de les accueillir (s'il y a cohérence d'équipe) et le lieu où ils sont déjà venus.

L'alliance thérapeutique s'initialise, se construit, s'entretient et peut se dégrader.

« S'installe dès l'accueil »

Cette remarque fait l'unanimité : « L'accueil est toujours important » nous dit dès le départ notre plus ancien participant, qui revient régulièrement sur cet aspect. « avec l'accueil du patient, tout part de là » reprend un plus jeune intervenant. Mais il faut distinguer plusieurs sens de ce mot. Il y a d'abord le service d'accueil, où se fait en général la première prise en charge. Là, il est important que le personnel puisse prendre le temps nécessaire, donc ne pas être trop surchargé : « à l'accueil il y a des gens qui peuvent les accueillir dans de bonnes conditions ». Mais il y a aussi l'accueil d'un patient déjà venu. Celui-ci peut se faire à l'accueil ou « dans les étages ». L'infirmière d'étage précisera donc, en complément de ce que dit son collègue, que « ce n'est pas parce qu'un patient arrive directement dans un étage qu'on n'est pas capable de l'accueillir ». Il y a finalement consensus sur l'importance de l'accueil dans tous les sens du terme, qu'il se fasse au service accueil ou ailleurs, mais qu'il faut garder un service plus spécialisé dans l'accueil.

Si l'attitude du soignant est essentielle pour cet accueil, elle n'est pas suffisante et « c'est pas d'emblée dans le premier jour qu'on a l'alliance. » En effet, comme nous l'avons déjà dit,

le patient arrive avec ses peurs et ses doutes, en particulier sur l'institution hospitalière. La constitution de l'alliance thérapeutique va nécessiter une participation de sa part, ce qui n'est pas gagné comme nous le verrons. Le soignant va donc devoir mobiliser non seulement ses compétences mais toute sa personne pour que le premier contact enclenche une alliance thérapeutique positive : « l'alliance elle se noue dès le départ, à l'écoute du patient, de la reconnaissance de ses troubles mais aussi de ses besoins, de ses doutes, de ses revendications »

S'entretient tout au long de l'hospitalisation et hors hospitalisation

L'accueil n'est pas le seul endroit où se joue l'alliance thérapeutique ; elle va intervenir tout au long de l'hospitalisation : « l'alliance elle se fait vraiment sur le long terme ». C'est pourquoi il est important qu'il y ait une stabilité dans les équipes : « c'est ça l'alliance thérapeutique, d'avoir des professionnels qui sont toujours présents, référents ». Elle intervient aussi hors hospitalisation : « la bonne alliance thérapeutique ne sert pas seulement au patient lorsqu'il est ici, elle sert aussi en dehors... pendant tout son parcours. »

Se construit dans un rapport interpersonnel durable avec le patient

« Ça va dans les deux sens. Du soignant vers le soigné mais aussi du soigné vers le soignant » La participation du patient est nécessaire. Le mot « confiance » revient régulièrement comme constitutif de l'alliance thérapeutique. C'est cette confiance en le personnel qu'il connaît qui est le support de l'alliance thérapeutique. « Il faut avoir une relation de confiance avec la personne que l'on va réussir à avoir une alliance thérapeutique, sachant que c'est pas un contrat, mais une alliance ». La relation interpersonnelle nouée entre soignant et patient est créatrice de cette confiance : « c'est vrai, pour les patients, avoir des infirmiers qui vous appellent par votre prénom, ils ont l'impression d'exister aux yeux des soignants ». La relation interpersonnelle s'est nouée entre individus et pas seulement en tant que fonction. « ils se souviennent de nous, il y a quelque chose qui s'est passé, quelque chose qui les a marqués ».

Il est à noter que dans la constitution de l'alliance qui demande un fort investissement du thérapeute, le patient n'est pas toujours un facilitateur : « C'est pas souvent qu'on a une bonne alliance thérapeutique au niveau du patient »

Se construit aussi avec la famille et l'environnement

Il est aussi, souvent, nécessaire de nouer une « alliance thérapeutique avec la famille ». La famille va jouer un rôle important, nécessitant un travail d'écoute et de relation qui dépasse le patient et reste à son service. Ce n'est pas toujours facile et demandeur de temps : « Des fois ça prend beaucoup de temps à parler avec une famille. » Mais c'est très utile, en particulier lorsque le patient se sent mal hors de l'hôpital. « si vous avez une alliance thérapeutique avec la famille, avant que le patient aille très très mal, où c'est difficile, ils appellent ». Il est à noter que ce qui est dit sur la famille peut aussi se généraliser à l'environnement, comme ce « menuisier exceptionnel, son patron l'amenait quand il délirait trop. On le gardait quinze jours dans le service, on lui donnait un traitement et il ressortait. » On retrouve ici l'intérêt d'une bonne alliance thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique.

Nécessité « du temps et de la présence »

Installée dans un rapport interpersonnel, l'alliance thérapeutique est facilitée par certaines attitudes des soignants. C'est au fil des jours qu'elle va se consolider et contribuer

au soin du patient. Cela suppose que les soignants acceptent de passer du temps et en ont les moyens, ainsi qu'une présence suivie et une attention à leurs patients : « s'interroger tous les jours sur le ressenti et les émotions du patient, et lui demander chaque jour s'il a des questions, et s'il prend ce qu'on lui donne, lui faire comprendre, s'il va aux rendez-vous à l'extérieur. » Le manque de temps, ou la nécessité de faire d'autres tâches sont évidemment des freins à cette disponibilité.

Être disponible, savoir « prendre un moment »

« Disponibilité physique et psychique, écoute, côté humain, empathie, compréhension ». La rapidité de la réponse et sa spontanéité, la priorité donnée à l'écoute du patient sont des facteurs de renforcement de l'alliance thérapeutique et de la confiance qu'a le patient. « S'il a besoin d'entretien, de voir un soignant pour discuter, il ne faut pas dire "après" parce que le problème arrive maintenant. » La réponse rapide est nécessaire lorsqu'une situation délicate se produit. Le soignant donnera la priorité à la situation, l'attente du patient, par rapport à d'autres tâches qu'il pourrait avoir à faire. « Il vaut mieux prendre le temps de désamorcer une situation si l'on sent que ça peut monter, il vaut mieux laisser certaines choses et être avec le patient pour désamorcer une situation plutôt que de laisser courir la même chose et après ça prend des proportions » Le soignant peut être mis dans une situation délicate, car il a des tâches à assurer et doit donc les interrompre pour répondre à la demande spontanée des patients. L'excès de ces tâches est une plainte générale, sur laquelle nous allons revenir. « Des fois, il faut simplement être disponible. Si on est derrière son ordinateur, ils ont peur de déranger ».

Le manque de temps et la pression exercée par l'administration (ressentie comme telle) conduisent, *a contrario*, à des attitudes négatives dans le comportement de collègues ou autres soignants, pas forcément volontaires. Ceci peut entraîner des difficultés professionnelles que nous notons plus loin. « Aux urgences de A., ou des infirmières font de l'abattage, et il n'y a pas d'alliance, ça se passe très très mal. Je pense que si dans les urgences il y avait quelqu'un pour parler avec ces familles, pour les rassurer, il y aurait peut-être moins de problème de violence ».

Jouer sur les affinités

Le partage, avec le patient, d'un point commun, alimente l'alliance thérapeutique. La variété des soignants est à ce titre un gage de richesse vis-à-vis des patients. L'âge, la situation de famille – « j'ai des enfants, je fais tel et tel travail » - le partage d'un intérêt – « par exemple des jeunes qui viennent et qui ont un maillot de foot, ça peut être un moyen d'essayer de créer un lien à travers le foot, qui n'a rien à voir avec l'hôpital, mais permet de casser une barrière » - ou tout simplement d'une activité – fumer - permettent le partage et ainsi une identification positive du patient au soignant : « Quelqu'un qui boit du café sera plus à l'aise avec un buveur de café ». Une relation d'apparence égalitaire et amicale s'instaure : « on discute, on fume une clope, on boit un café, et on désamorce une situation, parce qu'on a gagné la confiance du patient. » Cette relation peut même déborder le cadre de l'hôpital : « moi ça m'arrive souvent de rencontrer des gens parce que j'habite à coté, de boire un café avec un patient ». La relation devient une relation de sympathie, de proximité : « on fait partie de la famille ». Cela implique une capacité à garder une certaine réserve ; nous en reparlerons.

La manière de nommer le patient est variable, selon le soignant : appeler par le prénom, tutoyer ou vouvoyer. Les plus anciens ont le tutoiement plus facile, en ayant conscience des risques de débordement « moi, je suis quelqu'un qui utilise le tutoiement et le prénom

du patient, mais j'arrive à mettre cette distance ». Les plus jeunes craignent que le tutoiement crée une familiarité excessive qui pourrait être nuisible : « Si on se laisse déborder et que dans le tutoiement on a du mal à mettre cette distance et d'être dans un certain cadre et de faire respecter certaines choses et d'être à un moment donné le mauvais objet, il y a un clivage qui va s'opérer dans l'équipe. » L'un d'eux conclut de façon ferme : « moi, je ne pratique pas le tutoiement ».

Expliquer et encourager

« Être transparent avec le patient, lui dire et surtout expliquer ce qu'on fait ». « Il y a ce temps de pédagogie, ce temps d'écoute, d'explication: "c'est pas possible pour telle et telle raison". Le patient entend, il comprend ou pas, mais c'est dit. Venant de nous c'est clair et la plupart du temps il comprend et on pourra l'amener à la prise en charge. » Clarté, transparence, précisions dans l'explication sont nécessaires ; il est important que le patient « sache ce qu'il prend, sans attendre qu'il pose des questions ». Lorsque le patient, après explications, adhère au traitement qu'on lui donne, il faut lui montrer que l'alliance thérapeutique fonctionne en l'encourageant, ce qui renforcera l'alliance thérapeutique et induira ainsi un cercle vertueux : « le fait de les féliciter sur leurs progrès, là c'est positif pour eux; ça les aide ».

Bénéficier d'un minimum de la stabilité

Ce travail en équipe suppose que les équipes soient suffisamment stables. L'insistance sur ce plan est nette et fait consensus. C'est ce qui va permettre aux patients d'avoir des « infirmiers référents » qui vont être des points de repères en qui les patients ont confiance, qui les rassurent et à qui ils n'hésitent pas à parler : « s'ils veulent parler, il le font plus avec des personnes qu'ils connaissent ». *A contrario*, il sera longuement noté les effets délétères du « turn over » des infirmiers, ainsi que de l'excès de débutants et du recours trop fréquent aux intérimaires. Il vaudrait mieux « prendre quelqu'un qui vient en heures supplémentaires et qui a une connaissance du patient, ça nous permettrait de continuer l'alliance thérapeutique ». Et, même avec des personnels stables dans leur établissement, les changements de poste nuisent à la stabilité rassurante : « Il y a toujours un mieux possible; on bougerait un peu moins, on serait plus dans notre unité, on dépannerait pas de gauche à droite, ce serait mieux pour le patient et pour nous »

Considérer le patient comme une personne

Le rapport entre le soignant et le patient n'est pas qu'un rapport fonctionnel, mais aussi un rapport entre deux personnes, dans ce qu'il a d'unique. Ce qui vient d'être écrit - affinités, explications, disponibilité - va dans ce sens. Ce n'est pas une pathologie que l'on soigne mais une personne à part entière : « il faut connaître le patient, pas la pathologie mais vraiment le patient ». L'alliance thérapeutique, comme nous l'avons déjà écrit, se construit et se vit dans un rapport interpersonnel.

Prendre en charge, et pas uniquement sur le plan hospitalier

La prise en charge dépasse le cadre du strict soin hospitalier. « On s'occupe de son domicile, de son éventuelle formation, de son emploi, de ses papiers, de ses affaires à laver ». On essaye de faire que le patient se sente bien, ou le mieux possible : « j'essaie de viser plus le confort, le côté humour, le côté dédramatiser l'hôpital. » La prise en charge se fait de jour comme de nuit, sachant que, la nuit, le patient dort la plupart du temps, mais que ses périodes d'éveil sont significatives et nécessitent une intervention « de nuit, on l'évalue : quelqu'un qui est plein d'angoisse, à la qualité du sommeil » Il suffira d'un temps d'écoute et de discussion pour que le patient aille se recoucher et trouve un peu de tranquillité et le

sommeil, sans qu'il soit besoin de lui donner une médication. La prise en charge ne se limite pas au temps pendant lequel le patient est hospitalisé, mais continue aussi en dehors des temps d'hospitalisation, ce qui fait dire à une infirmière : « on est un CMP bis, c'est à dire qu'on fait beaucoup de soins ambulatoires pour des patients qui étaient hospitalisés ». Ainsi s'alimente une relation qui dépasse un cadre professionnel stricte mais reste centrée sur le soin : « on fait partie de la famille »

Ne pas mentir, cultiver la confiance

Nous avons parlé de confiance, et souligné qu'elle s'installe dès le début et va devoir se conquérir et s'entretenir. Elle peut aussi se dégrader ; c'est le cas lorsque le soignant se contredit, ne tient pas parole, ou ne satisfait pas à un engagement. Un soignant raconte qu'il était sollicité par un patient ; il lui a répondu « OK j'arrive » puis a quitté la chambre et fermé la porte derrière lui. Ensuite, il a oublié de revenir rapidement. Le patient l'a très mal pris et « l'alliance thérapeutique a été rompue ». Il faut beaucoup de temps pour renouer l'alliance après de telles ruptures car le patient, méfiant au départ, est conforté dans sa méfiance. Un autre infirmier, déjà expérimenté, relate qu'au début de sa carrière, il s'était trouvé face à un patient qui était très récalcitrant à accepter une piqure. Le jeune soignant lui dit « c'est de l'eau » ce qui paraissait déjà bizarre au patient, et bien entendu faux. Finalement, il a reconnu : « Je lui ai dit "j'ai été bête, j'ai menti" ; c'est une attitude défavorable. » Mais la confiance était entamée.

Rappeler les cadres et faire respecter les règles

Le bon fonctionnement de l'alliance thérapeutique ne consiste pas seulement, pour le patient, à être « gentil, disponible et bienveillant » pour ses patients. Il a aussi une fonction de cadrage et de référent des règles. Ceci l'amène à mettre le patient devant ses responsabilités lorsque celui-ci a enfreint les règles. Un patient consommant du cannabis avait donné, pour une analyse d'urine, de l'eau colorée avec du miel. L'infirmière s'en est aperçu tout de suite et lui a exprimé sa réprobation. « Il avait mis aussi en difficulté la relation de confiance que j'avais pour lui et je lui ai dit "dites moi la vérité, est-ce que ça sera positif?" il a dit "oui", alors moi, à partir du moment où le patient sait que le test sera positif ça sert à rien de le faire, ça mettra en plus en difficulté l'alliance thérapeutique.» Ce faisant, l'infirmière signifie à son patient qu'il a eu tort et que cela risque de gêner leur alliance, mais elle refait le pari de la confiance et rectifie ainsi le dérapage du patient.

Assumer la position d'autorité et de pouvoir

Le patient qui entre à l'hôpital va devoir, comme toute personne entrant dans un lieu organisé, accepter des règles de fonctionnement et en particulier des interdits. C'est particulièrement vrai pour les personnes qui sont hospitalisées sous contrainte judiciaire ou policière, ce qui est le cas des consommateurs de drogue. L'équipe soignante a comme mission de les soigner mais est aussi tenue de respecter la loi et donc d'interdire la consommation de cannabis, ce qui entraîne la nécessité d'effectuer des actes de répression. Il se pose alors la question « quand un patient a transgressé, quelle attitude faut-il avoir ? ». Si l'on se contente de réprimer, l'alliance thérapeutique va souffrir et si on laisse passer, il y a risque de perte de confiance et de dégradation, aussi, de l'alliance thérapeutique : « nous, on va pas systématiquement sanctionner comme c'est fait malheureusement, on va essayer d'expliquer les effets toxiques ». Le soignant devra donc trouver le juste positionnement, faisant appel éventuellement à son équipe, ce qui n'est pas sans poser de problème comme on le verra.

Savoir mettre des limites à la relation

L'implication du thérapeute dans la vie du patient et la création d'une alliance thérapeutique de caractère interpersonnelle ne sont pas sans risque de dérapage vers une amitié qui pourrait être dangereuse. Cela pourrait conduire à une dépendance : « quand il y a une alliance thérapeutique très bonne avec les soignants, les patients ont du mal à sortir. ». Dans certaine circonstance, une trop grande proximité, en particulier physique, ne serait pas adaptée (pour certaines pathologies ou situations qui ne sont pas citées) : « ce sera pas adapté d'être sympathique, de mettre la main sur l'épaule ou sur le bras, ce sera pas adapté. »

Ces limites et les risques que leur dépassement peut engendrer sont précisées et constituent des éléments du métier. Un des garde-fous (si l'on peut dire) est le travail en équipe et plus particulièrement en binôme, car il sera possible de s'appuyer sur le partenaire ou de dégager sur lui une situation problématique : « Quand il y en a un qui commence non pas à faire fausse route, mais à être moins à l'aise dans la relation avec un patient, l'autre le voit de manière extérieure » (notons la reprise de la première expression « fausse route » qui serait dévalorisante pour la profession)

La question du transfert, furtivement abordée, n'est pas développée lors du constat que l'on n'est pas là « pour être des substituts familiaux ou mettre un pied dans des relations d'amitié » A la question « le soignant tient compte de la personnalité du patient mais aussi de la sienne » il est répondu « bien sûr ! Autrement, vous mettez en danger le patient et le soignant. »

Rester cohérent, soi-même et en équipe

« Il y a un patient qui est venu vers moi, très interprétatif, qui me demande gentiment si je peux lui lire ses papiers. Je lui dit OK, je reviens vers vous d'ici dix minutes; je lui donne le temps que j'avais disponible sauf qu'en fait une collègue qui faisait plusieurs nuits et en avait peut-être un peu marre de lire ses papiers a été dans sa chambre, et elle a fermé la porte, elle l'a enfermé à clef. Et les pompiers appellent disant qu'il y a un patient qui est en train d'appeler les pompiers, qui s'est ouvert les veines. J'ouvre la porte et je le vois qui s'était ouvert les veines, il voulait pas rester enfermé; c'est un patient qui faisait au moins 1m 90, un costaud; j'ai du appeler du renfort et ce jour l'alliance thérapeutique c'était zéro. » Dans cette histoire, le patient a senti comme une trahison ce qui, pour la soignante, n'était qu'une erreur. On est en psychiatrie et il est nécessaire de ne pas oublier qu'on ne peut pas se comporter comme avec n'importe quelle personne qui saurait faire la part des choses.

Travailler en équipe, avec l'environnement du patient

L'équipe, au sens large du terme, est indispensable.

Si l'alliance thérapeutique est avant tout une relation interpersonnelle entre le soignant et le patient, elle est plus largement une alliance entre une équipe soignante et un patient et éventuellement son environnement personnel. L'équipe va permettre une souplesse dans la gestion du temps et des urgences : « des fois pour ça qu'on appelle l'accueil ou un étage pour dire "voilà, on est en galère, est-ce que vous pouvez nous aider, est-ce que vous pouvez garder un peu plus longtemps le patient" » . « Il y a alliance entre les soignants, contribuant à l'intérêt du patient, mais aussi à la bonne marche du service. » Cette alliance thérapeutique du patient avec une équipe va favoriser la qualité de l'accueil du patient qui est déjà venu, car il aura plus de chance de trouver un soignant qu'il connaît et en qui

il a confiance au sein d'une équipe, ce qui va se ressentir sur la santé du patient : « si on a une bonne entente entre équipe, ça va se sentir chez le patient. » Le travail en équipe, et notamment en binôme, permettra aussi de contrôler certains risques, comme nous le verrons plus tard.

L'alliance thérapeutique s'exerce aussi avec la famille et plus généralement l'environnement du patient. La famille va jouer un rôle important, nécessitant un travail d'écoute et de relation qui dépasse le patient et reste à son service. Ce n'est pas toujours facile et demandeur de temps : « Des fois ça prend beaucoup de temps à parler avec une famille. » Mais c'est très utile, en particulier lorsque le patient se sent mal hors de l'hôpital. « Si vous avez une alliance thérapeutique avec la famille, avant que le patient aille très très mal, où c'est difficile, ils appellent » . Il est à noter que ce qui est dit sur la famille peut aussi se généraliser à l'environnement, comme ce « menuisier exceptionnel, son patron l'amenait quand il délirait trop. On le gardait quinze jours dans le service, on lui donnait un traitement et il ressortait. » On retrouve ici l'intérêt d'une bonne alliance thérapeutique dans la prise en charge des patients « chroniques ».

L'équipe assure le soutien

« Je compte beaucoup sur mes collègues. » Dans la difficulté, en particulier le contact avec des patients récalcitrants, le soignant peut s'appuyer sur ses collègues, mais aussi sur d'autres professionnels, notamment des médecins. Le rapport avec les patients étant défini comme un rapport interindividuel, la diversité des personnalités des soignants est une richesse permettant de mieux répondre à la diversité des personnalités et des troubles présentés par les patients. Nous l'avons déjà noté à propos des affinités. Il arrive que, pour diverses raisons, la relation avec un patient devienne difficile. Il est opportun de pouvoir faire appel à un collègue, qui aura une approche différente ou tout simplement se sentira plus disponible à ce moment. Il est important de pouvoir « se dire "là, je peux pas", et passer le relais à un autre soignant, qui a plus d'expérience ». Certains patients sont d'humeur variable (c'est pour cela qu'ils sont là) ; ils peuvent changer d'attitude vis-à-vis d'un soignant sans que celui-ci soit en cause ; il est donc essentiel qu'il puisse dans ce cas laisser la place à un confrère. « On peut travailler la veille et le patient est bien avec nous ; et le lendemain on vient et il se sent persécuté par nous, d'où l'alliance avec le collègue qui prend le relais. »

Certaines structures définissent un soignant référent pour chaque patient. Celui-ci est désigné par l'équipe, avec son acceptation. Ce système permet une meilleure construction de l'alliance thérapeutique entre le patient et le référent. Il y a par contre un inconvénient lorsque le référent est absent. De même il y a problème si l'alliance se dégrade entre le référent et le patient. Dans ce cas « on en discute en équipe pour savoir ce qu'on pourrait trouver comme solution, soit de changer de référent ». La désignation d'un référent « a du bon et du moins bon »

L'équipe assure la transmission des compétences et la formation des débutants

Le jeune infirmier qui arrive n'a pas l'expérience. Il va se former au contact de ses collègues : « on a appris sur le tas, les uns avec les autres ». Il arrive que des novices se trouvent ensemble et doivent inventer leur compétence ; mais le plus souvent ils peuvent bénéficier de l'encadrement des plus anciens, qui leur font très volontiers profiter de leur expérience : « j'ai beaucoup appris de mes collègues, qui ont travaillé, qui ont de l'expérience ». Dans un des établissements, cette transmission d'expérience semble avoir été formalisée

pas un système de tutorat, c'est du moins ce qui a été dit, mais cela suscite un certain scepticisme : « on nous a parlé d'un système du tutorat sauf que ça fait un an et demi que je suis là et j'attends toujours mon tuteur. ».

L'équipe assure la continuité du service

« Il faut que l'alliance puisse être en relais avec d'autres professionnels. » Les autres professionnels sont les collègues infirmiers, ainsi que les médecins et les personnes qui peuvent intervenir dans la vie du patient, y compris en dehors de l'hôpital. « La bonne alliance thérapeutique ne sert pas seulement au patient lorsqu'il est ici, elle sert aussi en dehors... pendant tout son parcours. ». Beaucoup de patients sont « chroniques ». Ils quittent l'hôpital, sont pris en charge éventuellement par d'autres services et peuvent revenir si nécessaire. L'alliance thérapeutique avec une équipe, une structure, permet au patient de se retrouver dans une ambiance rassurante lorsqu'il doit revenir à l'hôpital. « Ils sont contents de nous revoir ».

Ceci suppose que les équipes soient suffisamment stables. L'insistance sur ce plan est nette et fait consensus. C'est ce qui va permettre aux patients d'avoir des « infirmiers référents » qui vont être des points de repères en qui les patients ont « confiance » et qui les rassurent. *A contrario*, il sera longuement noté les effets délétères du « turn over » des infirmiers, ainsi que de l'excès de débutants mis ensemble et du recours trop fréquent aux intérimaires. Il vaudrait mieux, plutôt que de faire appel à ce personnel intérimaire, « prendre quelqu'un qui vient en heures supplémentaires et qui a une connaissance du patient, ça nous permettrait de continuer l'alliance thérapeutique »

Mais elle peut aussi poser des problèmes

Nous l'avons déjà signalé, le manque de cohérence (involontaire) entre soignants peut induire une réaction négative de la part du patient. Celui-ci en effet, se réfère à l'équipe et est perturbé par l'incohérence de cette équipe, sans faire la différence entre les soignants eux-mêmes. Un autre problème a été soulevé, lié au secret professionnel, concernant le patient cité plus haut et qui avait tenté de dissimuler sa consommation de cannabis en remplaçant son urine par de l'eau et du miel. L'infirmière, découvrant la supercherie, fait le choix de privilégier l'alliance thérapeutique. Elle en parle à ses collègues, au cours d'une transmission, en précisant qu'elle va traiter le problème. Mais il y a une fuite : « il y avait aussi des ASH avec nous en réunion; j'ai pas eu le temps de dire au médecin, lui expliquer ce qui s'est passé. En réunion avec tout le monde, l'ASH a dit "ah, oui, M. X, il avait donné de l'eau avec du miel". » Il s'ensuit une branlebas de combat qui va dépasser l'infirmière : « on avait une vérification de sécurité, dans sa chambre, on est entré, on a fouillé sa chambre et on a trouvé du cannabis. » Le patient va interpréter ce changement comme une trahison de l'infirmière, par un amalgame avec l'action de l'équipe. Le résultat est très négatif : « à partir de là, c'était fini la relation de confiance avec moi, parce qu'il croyait que c'était moi qui étais allé le dire au médecin. »

Des cas plus graves de mauvaise cohésion de l'équipe sont cités. Concernant le menuisier évoqué page 13 : « il y a un médecin qui est venu et a dit "non, non il est trop délirant et on va le soigner". Il a fait 20 ans à l'hôpital. » Une autre histoire, plus grave encore : « Un patient qu'on suivait dans l'unité d'accueil, schizophrène, paraphrène. Il avait son petit délire dans son coin qui ne gênait personne; ça l'empêchait pas de faire les actes de la vie quotidienne. Et puis l'interne est arrivé : "moi je vais trouver le bon traitement antipsychotique pour ne plus le faire délirer". Le patient il a arrêté de délirer et il s'est suicidé. »

On voit nettement l'opposition qui est faite entre soins centrés sur le patient et fondé sur l'alliance thérapeutique, et soins centrés sur les symptômes de la pathologie et fondés sur une intervention procédurale.

Soigner dans une institution soignante

« C'est utile, l'institution, pour prendre le patient en charge »

L'alliance thérapeutique se fait, nous l'avons dit, non seulement entre la personne du patient et celle du soignant, mais également avec l'équipe, et l'environnement du patient. Elle inclut aussi nécessairement la structure d'accueil, en l'occurrence l'hôpital psychiatrique. « L'alliance n'est pas qu'entre individus, c'est aussi entre structure, entre établissements ». Mais cette alliance va se jouer aussi « non seulement à l'hôpital mais en dehors de l'hôpital » En effet, lorsque le patient est sorti de l'hôpital, il n'est pas sorti... de l'auberge. Il faut qu'il continue son traitement et qu'il organise sa vie. Les autres institutions soignantes vont intervenir, ainsi que l'environnement propre du patient, familial et professionnel. Il peut aussi revenir à l'hôpital. S'il doit revenir, il le fera d'autant mieux qu'il connaît la structure et y a été bien soigné. Nous avons noté pour cela l'utilité d'avoir des personnels suffisamment stables pour que le patient retrouve des soignants qu'il connaît. Mais cette stabilité n'est pas toujours possible et, en outre, le cadre matériel a aussi son importance. Un cadre accueillant et agréable facilitera le retour à l'hôpital si nécessaire. C'est ce qui est décrit pour l'un des sites : « Il y a des patients qui sont sortis du secteur et finalement sont revenus dans notre arrondissement pour pouvoir être soignés ici, parce que la structure en elle-même, le jardin qui est commun, les soignants qui sont dans le jardin, ... »

... mais peut « être une prison »

L'hôpital prend parfois un « côté carcéral » puisqu'il empêche de faire ce qu'on veut, en particulier fumer du cannabis. Les patients regroupés dans la cour de l'établissement ont plus l'air de prisonniers que de patients. Dans un des groupes focus, la discussion est intense et les avis sont partagés ; pour un des intervenants, la cour est vraiment « une cour de prison. » Comment faut-il traiter les patients toxicomanes, sachant qu'ils sont en infraction avec la loi actuelle de notre pays ? La question est délicate car elle peut mettre le soignant en porte-à-faux avec son équipe ou avec l'institution. Comment peut-il faire lorsqu'il voit son patient fumer du cannabis pour garder l'alliance sans refuser la règle imposée par l'institution (et la société). Il y a un flou que certains vivent comme une hypocrisie. « Ce qui me choque dans le service, c'est qu'on ferme les patients qui fument dans l'établissement et moi je trouve ça complètement fou parce que dans l'enceinte de l'établissement ils fument du cannabis et on les ferme dans des chambres fermées » Ainsi se pose la question de la finalité de l'interdit : est-il fait pour contraindre le patient qui a transgressé la loi et il apparaît alors comme une punition, ou est-il un acte thérapeutique destiné à l'aider à éviter une décompensation ? « Je voudrais savoir, quand ils fument, après, est-ce que ça les fait décompenser, est-ce que c'est pour ça qu'on les met en chambre fermée ? Ou c'est genre : "vous avez fumé du cannabis, punition, vous allez en chambre fermée" »

L'institution impose des tâches contestables et excessives

Accablé sous « une tonne administrative » l'infirmier a le sentiment de ne plus avoir suffisamment de temps à consacrer à son patient : « si vraiment tu veux respecter le côté protocolaire, tout ce que vous avez à remplir, les dossiers de soin etc, ça prend un temps fou, et ce temps, tu es pas avec ton patient ». De plus en plus « glissements de tâches » et « multiplication des tâches administratives » encombrant la vie professionnelle des infirmiers, selon

leurs dires, au déficit du temps passé à alimenter l'alliance thérapeutique. L'organisation du travail rend aussi difficile la disponibilité, « on a une organisation par rapport au patient qui fait qu'il y a des moments où on a plus d'activités que d'autres ». Mais aucun remède n'est proposé à ces débordements plus liés au travail lui-même qu'à une mauvaise organisation.

On manque de temps, de moyens, de personnels et on « bouge trop »

Une conséquence, déjà évoquée (p. 9, § 2), est le manque de temps consacré au contact avec le patient. « On n'a pas le temps de parler avec le patient, on est tout le temps en train d'aller de droite à gauche. » Il va y avoir un conflit entre la disponibilité aux patients, qui est une vertu de l'alliance thérapeutique comme nous l'avons noté, et la limite du temps, ce qui est perçu par certains de nos infirmiers comme un exigence de rendement de la part de l'institution : « on nous a reproché qu'on mettait trop de temps pour donner les médicaments, sauf que les médicaments, c'est pas juste l'acte de donner le médicament ». On retrouve l'opposition mentionnée plus haut entre deux conceptions de la thérapie.

« Il faut qu'on nous donne les moyens de faire [notre travail] ». Sous diverses formes, cette plainte va revenir, associée à celle de manque de personnel, d'effectifs trop faibles, d'équipes mal assorties « parfois il y a un infirmier et deux intérimaires ». Mais c'est surtout la mobilité excessive des personnes qui est problématique. La critique revient à divers moments de l'entretien, dans la bouche de plusieurs personnes et fait consensus. « Il y a un gros *turn over* et beaucoup de jeunes infirmiers, un renouvellement assez intensif ». Ce qui est problématique, ce n'est pas les conditions de travail, mais l'impact sur l'alliance thérapeutique, donc sur l'intérêt des patients : « combien de patients chroniques on a eu qui ont dit : on ne connaît plus personne à cet étage et ça ne va pas ; y'a plus de repaires ». Les patients sont perturbés par cette perte de repères que constitue les changements de personnes : « Ils connaissent pas les gens; les patients les connaissent pas non plus. Ils voient des nouvelles têtes tout le temps. » Les personnes « chroniques », venant depuis longtemps, sont particulièrement sensibles à cette mobilité : « il y a quelques temps, je suis tombé sur un vieux schizophrène qui m'a dit "M, il y a plus que des jeunes dans le service, il n'y en a plus un qui me parle"; il m'a dit "c'est terrible" » Notons que l'expression « patient chronique » n'est employée ici que comme raccourci désignant une personne souffrant d'une pathologie chronique.

Les avis sont partagés sur le rôle joué par l'institution.

« L'institution ?? (rire, puis hésitation) Ils doivent bien jouer leur rôle quelque part, certainement (rires à nouveau) » Pour un groupe de soignants, l'institution est absente et ne sert pas à grand chose. Pour d'autres, elle ne comprend pas la problématique du travail de soignant, près du terrain, et est plus préoccupée par des questions administratives et gestionnaires : « Cette ligne de conduite qu'ils ont, optimisation et mutualisation, ça n'est pas possible en psychiatrie ». L'administration est vécue comme une grosse machine qui s'intéresse uniquement à gérer, si possible en faisant des économies : « c'est à dire qu'on veut quantifier les soins, on regarde combien de traitements, combien à l'heure, est-ce que c'est validé ? ». Du coup, ils ressentent qu'ils ont peu de marge de manœuvre et sont réduits à être des exécutants. Leurs initiatives ne sont pas prises en compte : « avoir une bonne alliance thérapeutique devient de plus en plus compliqué ». Ceci est d'autant plus dommage que, comme nous l'avons noté (p. 7, premier §) une bonne alliance thérapeutique peut diminuer le nombre et la durée de l'hospitalisation, donc le coût, entraînant un bénéfice tant pour le patient que l'institution.

Mais pour d'autres soignants, l'administration n'est pas vécue comme adversaire et assure tout de même une fonction, notamment de formation, dont l'initiative est laissée au soignant lui-même. « Ce qui est chouette c'est qu'ici à maison blanche il y a beaucoup de formations internes; quand j'étais arrivé, j'avais vu pas mal de formation HP ; à l'école c'était assez peu ; et il y a une formation faite avec un psychologue, qui est "l'entretien infirmier" finalement, comme on devrait apprendre ». Cette possibilité de formation est multiple, « par exemple, l'agressivité, on peut se former tous les ans en faisant la demande à notre cadre ».

Notons que la critique de la position de l'administration et de ses manques est plus forte chez les personnels ayant de l'expérience que chez les débutants ; la force des critiques semble être proportionnelle à l'ancienneté. S'il y a consensus en ce qui concerne le manque d'effectifs et la surcharge administrative, il n'est pas vécu avec la même intensité. Sans doute est-ce lié à un sentiment que les conditions ont changé depuis le début de leur activité. Ils ont vu notamment l'augmentation des charges administratives et la diminution du personnel. : « quand je vois le nombre d'infirmiers maintenant, c'est hallucinant. » Une critique apparaît quant à la formation initiale, qui était meilleure autrefois, critique qui n'est pas relevée par les plus jeunes. Une infirmière d'expérience résume ce sentiment en disant, à propos de l'évolution de l'institution : « c'est pas une évolution, c'est une dégradation. »

En conclusion, nous dirons que si l'institution apparaît à tous, comme nécessaire dans le processus de soin, la manière dont elle agit est vécue différemment. Les plus anciens ont une attitude nettement critique, avec la double impression de dégradation des conditions de travail et de logique plus administrative que soignante, tout ceci agissant négativement sur l'alliance thérapeutique.

Infirmier psychiatrique : un métier, qui s'apprend et se perfectionne

Les infirmiers interrogés à propos de l'alliance thérapeutique ont exprimé que leur activité ne se limite pas à effectuer certaines tâches ou occuper un poste de travail, mais qu'elle constitue un métier spécifique. Celui-ci a pour cœur l'alliance thérapeutique ; il s'agit donc d'un métier de relation humaine, centré sur la santé et le bien être du patient.

La médecine psychiatrique est spécifique

Cette spécificité est réaffirmée, avec la crainte que l'on veuille aligner l'hôpital psychiatrique sur la médecine somatique. Or, comme nous l'avons déjà noté, la plus grande partie des patients doivent bénéficier de soins au long cours et qui donc reviendront en hospitalisation et pour lesquels il n'existerait pas à l'heure actuelle de possibilité de rétablissement. « On ne soigne pas en psychiatrie comme en médecine somatique » « ou alors, il faut supprimer la psychiatrie ». C'est aussi ce caractère spécifique qui demande une alliance thérapeutique installée, durable, avec des équipes stables, des infirmiers qui pourront être des « référents » pour leurs patients, une formation adaptée, et tout ce que nous allons aborder maintenant. Cette spécificité vient aussi de la limite du soin psychiatrique : « faut dire ce qui est ; on n'a pas encore de médicaments qui guérissent de pathologies psychiatriques ». Elle entrainera la nécessité de modestie dans les attentes et d'humilité devant l'impuissance à guérir.

C'est un métier de « savoir être » qui nécessite aussi des connaissances

On retrouve dans le discours de nos infirmiers ce qui se dit dans tous les milieux de psychothérapie : la personne du thérapeute est son outil de travail et il doit être clair avec cela, solide, et capable de réfléchir sur lui, de se remettre en cause. « à partir du moment où on vient travailler dans un service psychiatrique, il faut tout le temps se poser la question "pourquoi je suis là" » Les limites, les risques et dangers mentionnés plus haut nécessitent une solide assise de son être, un appui des équipes d'infirmiers mais aussi des médecins, que nos intervenants trouvent dans l'ensemble compréhensifs, et de l'administration, par laquelle ils ne sentent pas toujours suffisamment soutenus.

Pour autant, il est nécessaire d'avoir une formation, des connaissances en matière de psychopathologie : « l'infirmier est un clinicien c'est à dire qu'il y a un savoir clinique à avoir ». Nous n'avons pas eu le temps de préciser les connaissances qui paraissent comme nécessaires, mais l'expression « est un clinicien » laisse à penser qu'elles doivent recouvrir un large champ de psychologie et psychopathologie. « L'alliance ne peut être faite que si l'on a une connaissance,.. c'est important. Pour nous, c'est notre travail. » Cette nécessité de connaissance peut aller plus loin que le domaine psychologique et déborder sur le domaine ethnologique, dans la mesure où des patients sont de cultures différentes, ce qui est fréquent dans le secteur. « Dans l'alliance thérapeutique, il faut qu'on ait des connaissances du point de vue culturel ». La formation d'infirmier ne suffit pas, ce que nous allons voir plus loin. Notons, une nouvelle fois, que cette affirmation est surtout le fait des infirmiers ayant déjà un peu d'expérience professionnelle ; les nouveaux ou stagiaires ne s'expriment pas sur le sujet, même si on le leur demande.

Il faut une réflexion permanente et une certaine humilité

Comme pour toutes les professions « psy » où la relation entre les personnes est essentielle, l'infirmier psychiatrique doit être prudent pour ne pas déborder et sortir de son

rôle, faire attention au contre-transfert, au sens psychanalytique du terme. « ça peut devenir très vite un cercle vicieux et un piège dans lequel on se renferme et qui ne va pas servir la dynamique relationnelle dans les prises en charge ». Si l'alliance thérapeutique demande une implication, et l'acceptation d'une relation interpersonnelle entre le soignant et le demandeur de soins, il reste que celle-ci est avant tout professionnelle, et le débordement pourrait être préjudiciable au patient, comme nous l'avons déjà noté p.11, et au soignant, qui pourrait ainsi attendre de son patient autre chose que d'aller mieux.

Dans cette lignée, il sera nécessaire de modérer ses attentes, voire de perdre certaines illusions. « On va pas les guérir », dit une infirmière, et son collègue de renchérir : « quand on a des gens qui sont là depuis 5 ans, on se demande ce qu'on fait; on se sent impuissant ». Une autre infirmière, d'un autre établissement, va plus loin dans l'acceptation des limites : « il faut faire le deuil de les guérir ». On rejoint la spécificité de l'hôpital psychiatrique : soigner des patients dits « chroniques » qui ne guériront jamais, mais que l'on va aider à vivre pas trop mal leur pathologie ; être une sorte de béquille qui les aide à tenir droit et être là pour les rattraper lorsqu'ils tombent. Ceci peut générer un sentiment d'impuissance et d'échec, ce qui n'est pas toujours le cas, car un patient « chronique » qui revient, ce n'est pas un échec, au contraire : « C'est pas un échec qu'ils reviennent. » Certains patients le manifestent clairement lors de leur retour : « il y en a qui viennent nous faire la bise (rires) Ils sont contents de revenir. »

L'alliance thérapeutique implique le soignant et le patient, mais dans un rapport dissymétrique. Celui-ci se manifeste en particulier dans le pouvoir que le soignant (l'équipe) possède sur son patient. Ceci pose un problème réel : « comment créer une confiance, une alliance thérapeutique quand c'est dissymétrique, que chacun est dans son rôle et qu'il faut que chacun le comprenne ». Lorsqu'il y a conflit avec le patient, on va essayer d'abord de le convaincre : « Un patient qui s'oppose à un traitement, on essaie de l'amener petit à petit à l'accepter en lui disant "il y a des améliorations, qu'est-ce que vous en pensez ?" » Mais l'équipe soignante, et l'institution, gardent tout de même la possibilité de soigner par la contrainte, d'exercer un pouvoir. Il est important de ne pas l'oublier : « pour créer [l'alliance thérapeutique] il faut faire avec cette conscience qu'on a ce pouvoir dans un hôpital »

Comment faire pour accepter toutes ces difficultés inhérentes au métier et continuer à bien faire son travail ? « Il faut avoir des soignants qui sont capables d'accepter les limites d'une personne. » C'est parfois très dur, surtout pour le jeune infirmier qui débarque et qui est plein d'illusions. Il risque de se fatiguer et de se décourager. « Arrive un moment au bout d'un an, deux ans, ... où ils [les jeunes] ne s'investissent plus. [Est-ce qu'on vit comme un échec ?] bien sûr ! c'est dur, il faut encaisser. »

Apprendre, se former, être formé, transmettre

Comment devient-on compétent pour exercer ce difficile métier ? Il y a des savoirs de base, des formations initiales et continues et, surtout la transmission par les collègues ayant plus d'expérience, ainsi que la formation à partir de la pratique. S'il y a un consensus sur la nécessité de tous ces niveaux, des divergences apparaissent sur leur importance respective et sur les apports de l'institution. Nous retrouvons ce que nous avons déjà noté, des différences entre les anciens, critiques quant à la formation (ou son absence) et les plus jeunes nettement plus nuancés.

Pour un très jeune infirmier : « la formation c'est important; on apprend des nouvelles méthodes, on a des outils; des initiatives sont faites à ce niveau-là. » Nous avons déjà signalé (p. 17, milieu de la page) la présence appréciée de formation continue. Mais pour ce collègue ayant déjà des années d'expérience, la formation initiale a baissé de niveau, obligeant les équipes à remplacer ce manque : « Médicament, psychopathologie ; on faisait que ça sur plusieurs mois. Maintenant, c'est par parties, on doit tout apprendre aux étudiants infirmiers ; ils n'ont aucune notion comment se comporter, on doit leur faire un cours assez synthétique ». Et il ajoute « moi je partais en stage, un par an; avec un programme déjà fait à l'école, en traitement, médicaments, pathologies, j'avais déjà fait la moitié. De toute manière, c'est la pratique qui domine l'acquisition de compétence, surtout en matière d'alliance thérapeutique : « sur l'alliance thérapeutique, j'ai lu un certain dénombre de choses. Mais sur mes patients, je n'arrive pas à mettre en œuvre certaines choses. La capacité d'écoute s'acquiert. C'est pas quand on lit un cours sur l'alliance thérapeutique que ça vient. »

Cette dernière affirmation est consensuelle : c'est surtout sur le terrain au contact avec des collègues expérimentés que l'on acquiert la compétence d'infirmier psychiatrique, particulièrement en ce qui concerne l'alliance thérapeutique : « l'alliance thérapeutique, c'est personnalisé, individualisé et il faut savoir adapter la théorie ; on a les bases et c'est pas suffisant. C'est sur le terrain qu'on peut s'exercer le mieux possible. » Cet apprentissage sur le tas peut être difficile, surtout pour les jeunes ; une critique de l'institution apparaît à nouveau, en ce qui concerne l'image que l'on donne aux futurs infirmiers de ce que sont les patients qu'ils vont rencontrer : « les bases relationnelles que l'on donne aux étudiants, c'est, je vais aller dans le caricatural, "méfiez-vous" quand vous arrivez dans un service, gardez vos distances, méfiez-vous". » Le jeune infirmier n'est pas encouragé à considérer ses patients comme des personnes et à aller à leur rencontre, ce qui ne favorise pas la constitution de l'alliance thérapeutique.

Conclusion

Notre étude confirme sans surprise l'importance de l'alliance thérapeutique et son impact essentiel sur le soin apporté aux patients, la faisant apparaître comme pilier du métier d'infirmier psychiatrique. Elle met en lumière des caractéristiques de cette alliance, de son évolution, des attitudes qui favorisent sa construction et sa maintenance, ainsi que des freins qui peuvent la ralentir et des pièges pouvant l'endommager. Elle suggère que les infirmiers rencontrés considèrent leur activité comme un métier à part entière, avec notamment un corpus de compétences, de méthodes de travail qui lui sont propres et se transmettent entre professionnels : ses *ethnométhodes*. Ces mêmes infirmiers expriment, plus ou moins selon leur ancienneté, leur crainte de voir, sous la pression administrative, ce métier, fondé sur l'alliance thérapeutique, devenir une activité d'exécutant de procédures.

L'alliance thérapeutique est de nature systémique, engageant d'un côté le patient et son environnement et de l'autre le soignant, l'équipe à laquelle il appartient et l'institution hospitalière. Il y a donc, côté soignant, trois niveaux d'intervenants. Les infirmiers rencontrés expriment sans nuances que l'articulation entre le niveau individuel – le soignant – et le niveau collectif – l'équipe – se passent bien. Par contre certains émettent des réserves et parfois des critiques envers le niveau institutionnel, tout en réaffirmant la nécessité de l'institution dans le processus de soin.

En conclusion, soulignons une nouvelle fois que le rôle prépondérant de l'alliance thérapeutique est un *allant de soi*, au sens ethnométhodologique, du métier d'infirmier psychiatrique, et que celle-ci est dirigé vers un seul but : l'intérêt des patients.

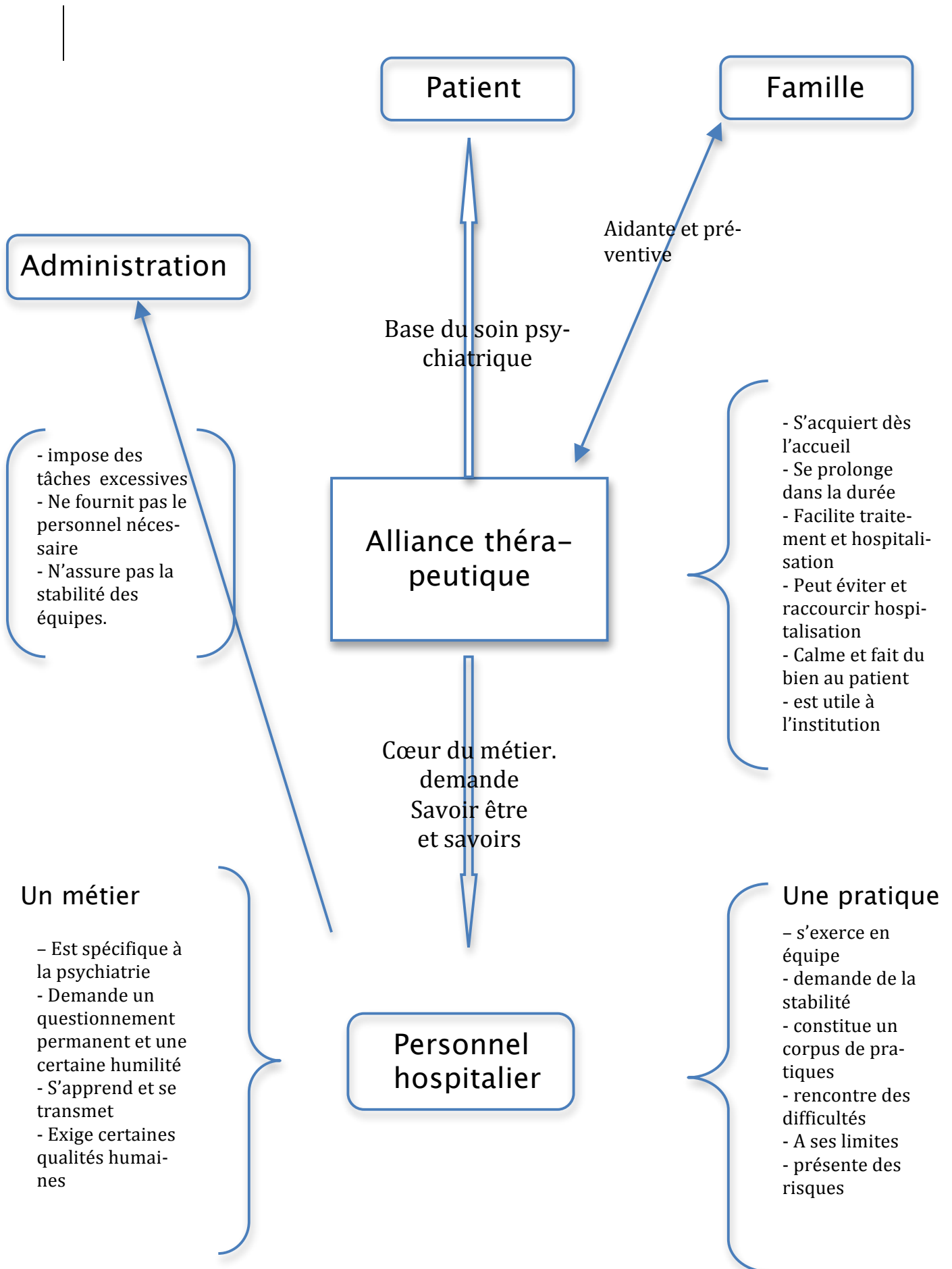
Lyon, le 28 avril 2017

Bruno Décoret,

ⁱ L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques, 2010, Perspectives Psy, vol 49, p. 317,326.

ⁱⁱ Lejeune, Christophe, *Manuel d'analyse quantitative*, Louvain, de Boeck, 2016

ⁱⁱⁱ Voir, par exemple : Coulon, Alain, *L'ethnométhodologie*, Paris, Que sais-je, 2014.



Annexe : Grille d'entretien pour les focus

Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?

- Connaissez-vous ce terme ?
- Formules qui s'en rapprochent : relation patient-soignant – relation soignant-soigné – implication réciproque patient et soignant. Collaboration entre patient et soignant.

Alliance thérapeutique patient-soignant versus patient-équipe.

- L'alliance se fait-elle plutôt avec l'équipe, ou avec chaque soignant ?

Formation, évolution et support de l'alliance thérapeutique

- Comment commence l'AT ? est-ce formulé ? spontané ?
- Sur quoi s'appuie l'AT ? quels sont les vecteurs (gestes, paroles, attitudes, temps passé...)
- Quelles sont les « qualités » d'une « bonne » alliance thérapeutique ? Quels sont les freins à la constitution de cette relation ?
- Notez-vous des évolutions au cours du temps ? y a-t-il des « phases » commune à chaque patient ?

Impact sur le patient

- En quoi une « bonne » alliance thérapeutique a-t-elle un impact sur la santé du patient ? sur son comportement ? sur ses réactions vis-à-vis du personnel ou des autres patients ? Est-ce l'AT en général qui a un impact ou certaines de ses composantes ?
- Réciproquement, notez-vous des défauts de l'AT qui auraient un impact négatif sur le patient ?
- Par rapport à l'ensemble du processus de soi, comment jugez-vous la contribution de l'AT ? Y a-t-il des différences entre les patients ? entre certaines catégories de pathologie ?

Impact sur le soignant

- Quelles sont les répercussions de la qualité de l'AT sur votre travail ?
- Sur l'efficacité thérapeutique ?
- Sur l'agrément professionnel ?

Rapports avec l'institution

- L'institution est-elle partie prenante dans la construction et le bon fonctionnement de l'AT ?
- Quels « bénéfices » l'institution tire-t-elle de la qualité de l'AT et de ses conséquences ?