



Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.
G.I.P.E.S d'Avignon et du
Pays du Vaucluse



Victoria LALIERE
Promotion 2020 – 2023
22/05/2023

Émotions du soignant et distance professionnelle

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30/05/2023

Directeur de mémoire : Madame BALLOIS Dorothée

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

A la fin de la réalisation de mon travail de fin d'étude et de ces trois années de formation, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont aidé à sa réalisation.

Tout d'abord ma directrice de mémoire Mme Ballois, pour son accompagnement tout au long de l'avancée de ce travail.

Également ma formatrice référente, Mme Tuffet pour ces trois années de suivi et de soutien.

Ainsi que tous les autres cadres formateurs et intervenants professionnels pour leur participation à ma formation.

Tous les soignants rencontrés au cours des stages qui m'ont transmis leurs savoirs et leur expérience.

Je remercie aussi mes amis dont Camille et Hugo, rencontrés dès les premiers jours de formation et qui ne m'ont depuis jamais quittés, ainsi que mon groupe de TD et tous les autres élèves de ma promotion pour leur entraide et leurs encouragements, ce qui a permis de rendre cette formation plus facile à réaliser.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien dont ma mère infirmière anesthésiste qui m'a toujours épaulé et m'a transmis son attrait pour le monde du soin qui regroupe de merveilleux métiers.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Situation d'appel.....	2
2.1	Description de la situation	2
2.2	Analyse et questionnement	4
3	Question de départ.....	8
4	Cadre de référence.....	9
4.1	La relation soignant-soigné	9
4.1.1	Définitions.....	9
4.1.2	Le soignant	11
4.1.3	Le soigné	15
4.1.4	Une relation de confiance	16
4.2	Les émotions des soignants	19
4.2.1	Définitions.....	19
4.2.2	La gestion des émotions.....	22
4.2.3	Les mécanismes de défense du soignant	26
4.3	La distance professionnelle.....	27
4.3.1	Définitions.....	28
4.3.2	Les difficultés du soignant à trouver la juste distance	30
4.3.3	Les moyens utilisés par le soignant pour garder une distance professionnelle adaptée.....	35
5	Synthèse du cadre de référence	36
6	Enquête exploratoire	37
6.1	Outil utilisé.....	37
6.2	Population choisie.....	38
6.3	Lieu d'investigation	38
7	Synthèse des entretiens.....	38
7.1	Synthèse de l'entretien avec Stéphanie.....	39
7.2	Synthèse de l'entretien avec Émilie	39
7.3	Synthèse de l'entretien avec Céline.....	39

7.4	Synthèse de l'entretien avec Marie	40
7.5	Synthèse de l'entretien avec Christian	40
7.6	Synthèse de l'entretien avec Maude	41
8	Analyse.....	41
8.1.1	La relation soignant-soigné.....	41
8.1.2	La distance professionnelle	46
8.1.3	Les émotions du soignant.....	50
8.3	Limites de l'enquête	50
9	Problématique.....	51
11	Conclusion	54
12	Bibliographie	56
13	Table des annexes.....	59

1 Introduction

Au cours de la troisième année de nos études d'infirmier, il nous est demandé d'effectuer un travail de fin d'études qui consiste à une initiation à la recherche. Celui-ci est basé sur une situation qui nous a interpellé en stage. Lors de mes différents stages, j'ai en effet, vécu de nombreuses situations qui m'ont permis de me questionner sur différents thèmes. Plusieurs d'entre eux ont particulièrement retenu mon attention, notamment celui de la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné et des émotions du soignant. J'ai été plusieurs fois confrontée à des situations qui ont suscité en moi beaucoup d'émotions.

Je me suis souvent interrogée sur la qualité de la relation soignant-soigné que j'instaurais avec les patients. Lorsqu'on est étudiant, il est évident que nous avons une position qui nous permet de prendre plus de temps pour les patients, à l'inverse des professionnels qui doivent respecter des contraintes organisationnelles.

La première partie de ce travail consiste à rédiger une situation qui m'a interpellé. De cette situation, découle différents thèmes et questionnements qui m'ont amené à certains mots-clés. Ces derniers m'ont ensuite permis d'élaborer ma question de départ et poser mon intention de recherche.

Dans une deuxième partie, afin d'effectuer ce travail de réflexion, j'exposerai un cadre théorique traitant des concepts suivants, à savoir premièrement la relation soignant-soigné, puis les émotions du soignant, et enfin le concept de distance professionnelle.

La troisième partie de mon travail consistera à développer la méthodologie utilisée afin de réaliser mes entretiens, de l'élaboration de mon guide d'entretien à leur déroulement auprès des professionnels.

Dans une quatrième partie, j'exposerai mes résultats ainsi que leur analyse.

Enfin, la dernière partie servira de conclusion à mon travail et comportera mon positionnement en tant que futur professionnel ainsi que les limites de mon étude.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Étudiante en deuxième année, j'ai réalisé un stage de cinq semaines dans un centre hospitalier en service d'Endocrinologie. Ce service accueille principalement des patients diabétiques pour la gestion de leur pathologie et des complications associées, ainsi que des patients atteints d'affections thyroïdiennes, surrénaliennes et hypophysaires. Celui-ci est divisé en deux parties avec d'un côté l'hôpital de semaine pour des hospitalisations de courte durée en semaine et de l'autre le service traditionnel pour des hospitalisations classiques dans lequel j'étais. L'équipe soignante est composée d'une équipe de six infirmières et de quatre aides-soignantes.

Lors de ma troisième semaine de stage je prends en charge les soins d'une jeune patiente de 15 ans appelée Lyna. La première fois que je suis rentrée dans sa chambre et que je l'ai vu je pensais qu'elle avait 10 ans maximum, en effet elle avait le physique d'une jeune enfant. De plus dès mon premier échange avec elle je constate que sa voix ainsi que son vocabulaire correspondent davantage à une jeune enfant qu'à une adolescente de 15 ans. Elle était hospitalisée pour une évaluation du traitement par pompe à insuline pour un diabète diagnostiqué en 2008, induit par la prise des médicaments anti-rejet et des corticoïdes mais celle-ci avait de nombreux autres problèmes de santé. En effet, Lyna avait de multiples pathologies lourdes et handicapantes dont une insuffisance rénale, elle était asthmatique et épileptique, elle avait subi une transplantation hépatique en 2007 pour une atrésie des voies biliaires puis en 2020 pour une cirrhose biliaire, c'est la raison pour laquelle elle prenait des médicaments anti-rejet et des corticoïdes. Lyna avait également des fistules à l'estomac depuis 1 an ainsi qu'une dilatation des bronches. Elle avait l'habitude d'être hospitalisée depuis son plus jeune âge. Par manque de place dans les services de pédiatrie, elle se retrouvait hospitalisée dans un service pour adultes. Lyna était donc la seule mineure du service. J'ai passé beaucoup de temps avec elle pendant une semaine, tout d'abord car je prenais en charge tous les soins que j'étais en mesure de réaliser, je l'accompagnais à tous ses examens médicaux au sein du centre hospitalier mais aussi car celle-ci demandait beaucoup d'attention et me sollicitait souvent pour que je l'accompagne lorsqu'elle voulait acheter quelque chose à la cafeteria ou tout simplement qu'elle avait envie que je reste avec elle. Elle me sollicitait davantage moi que les infirmières du service et avait plus de facilités à me parler. En effet, lorsque Lyna utilisait la sonnette et

que l'une des infirmières arrivait dans sa chambre, elle demandait si je pouvais venir car elle souhaitait me parler à moi. Si j'étais disponible à ce moment-là, les infirmières me laissaient aller la voir. Lyna faisait partie d'une famille nombreuse. Sa mère ne pouvait pas venir la voir tous les jours car elle devait s'occuper de ses autres enfants et qu'il y avait des restrictions pour les visites liées au covid. J'ai de suite été plus proche d'elle que je l'étais des autres patients que je prenais en charge. J'ai très rapidement tissé un lien fort avec Lyna. Le fait qu'elle me sollicite régulièrement me donnait l'impression qu'elle avait besoin par moments d'être rassurée et entourée. Je passais donc la voir à plusieurs moments dans la journée dès que je le pouvais. J'ai dès le début de la prise en charge de ses soins, utilisé le tutoiement avec elle et celle-ci également m'a directement tutoyé. J'ai accordé beaucoup de temps à Lyna pour qui j'ai été prise d'affection. Une relation de proximité s'est établie. De la savoir seule, je voulais être présente pour elle et la rassurer, être une sorte de figure protectrice qui bien sûr ne remplace pas la présence de sa famille mais peut toutefois être apaisante et combler un manque. Les infirmières du service n'avaient pas la même relation et la même proximité que j'avais avec Lyna. L'affection que je lui portais était différente de celle que je pouvais avoir pour un autre patient. C'était la première fois que je prenais en charge les soins d'une jeune patiente et j'ai eu des difficultés à trouver une posture adaptée sachant que mon âge se rapprochait du sien. Je voulais pouvoir être présente pour elle sans que cette proximité affecte sa prise en charge. Le lundi matin quand je suis revenue en stage après le weekend durant lequel Lyna était rentrée chez elle, j'ai ressenti un certain vide au sein du service. En effet, ayant pris l'habitude de la voir tous les jours durant deux semaines, j'ai ressenti une certaine tristesse mais bien évidemment j'étais à la fois heureuse qu'elle ait pu rentrer chez elle et être à nouveau entourée de sa famille.

2.2 Analyse et questionnement

Par manque de place en service de pédiatrie Lyna se retrouve hospitalisée en service pour adultes. Lyna est donc la seule jeune patiente du service. Les services pédiatriques étant déjà surchargés, certains adolescents se retrouvent parmi les adultes dans des services de médecine générale. Le fait qu'il existe des services de pédiatrie réservés exclusivement aux jeunes patients et des services pour adultes pourrait faire penser que la prise en soins d'un enfant serait différente de celle d'un adulte. En effet, selon l'âge du patient, cela demande pour le soignant une certaine adaptation. Cependant, chaque patient qu'il soit jeune ou adulte ne demande-t-il pas une adaptation de la part du soignant ? En service de pédiatrie, tout est prévu et pensé pour accueillir en fonction de leur âge. En service adulte, le point commun n'est plus l'âge mais un type de maladie. Nous pouvons nous demander si le fait que Lyna soit dans un service pour adulte, change sa prise en soins par rapport à un service de pédiatrie.

Après nous être questionné sur la correspondance du service pour Lyna, il serait maintenant intéressant de nous interroger sur l'utilisation du tutoiement entre Lyna et moi.

Dès ma rencontre avec Lyna nous nous sommes tutoyées mutuellement.

Il existe deux possibilités de s'adresser à l'autre suivant le choix du pronom, l'utilisation du « tu » ou du « vous ». L'utilisation du « tu », c'est-à-dire de la deuxième personne du singulier est une marque d'appartenance à une même famille, à un même groupe et sous-entend une connaissance antérieure de la personne, il induit une certaine proximité. Tandis que l'utilisation du vouvoiement, c'est-à-dire de la deuxième personne du pluriel, est une forme de politesse, de respect qui induit une certaine distance. Le choix du pronom va donc déterminer la distance que l'on souhaite installer avec l'autre. L'utilisation du tutoiement c'est accepter une proximité avec l'autre. La proximité qu'induit le tutoiement peut amener à une communication optimale avec le patient. Ce tutoiement est-il adapté pour Lyna qui est une adolescente de 15 ans ? Serait-il un manque de professionnalisme de ma part ? Et envers moi qui suis la soignante ? Serait-il plus adapté que celle-ci me vouvoie ? Le vouvoiement est souvent associé aux relations professionnelles. Il apparaît donc logique de l'utiliser dans la relation de soin, pour tenir compte

du contexte hospitalier qui l'exige. Étant la soignante de Lyna, il semblerait qu'il soit plus correct que celle-ci me vouvoie. Cependant, ici Lyna est une adolescente de 15 ans et moi une jeune étudiante infirmière de 19 ans. A la vue de mon jeune âge Lyna a pu se sentir proche de moi, ce qui expliquerai qu'elle ait pris la décision de me tutoyer. Le fait qu'elle me tutoie directement pourrait signifier que celle-ci se sent en confiance face à moi. Cela a pu la rassurer d'instaurer une proximité à l'aide de l'utilisation de ce tutoiement plutôt qu'une relation de distance vis-à-vis de moi. Celle-ci a peut-être envie de cette proximité vis-à-vis de moi. Pour ma part l'objectif de ce tutoiement est de mettre Lyna en confiance. Cependant cela pourrait être une forme d'infantilisation et donc d'inégalité dans la relation.

L'utilisation du tutoiement peut-il altérer la distance professionnelle ? Ce tutoiement a-t-il participé à la naissance de cette relation de proximité ? Le tutoiement peut-il induire plus facilement une relation de confiance avec le patient ? Le vouvoiement permettrait-il de garder une distance professionnelle adaptée ?

Ensuite, il serait judicieux de se questionner sur la relation de proximité entre Lyna et moi à travers nos âges rapprochés et la notion de transfert et contre-transfert.

Étant la plus jeune au sein de l'équipe soignante, mon âge se rapprochait de celui de Lyna. De par nos âges rapprochés, celle-ci a pu se sentir plus proche de moi que des infirmières du service. Cela a pu mettre Lyna plus en confiance pour me parler et se confier. Cela a donc pu participer à notre proximité. Est-ce que l'âge de Lyna se rapprochant du miens a-t-il joué un rôle dans cette relation de proximité ?

J'avais l'impression qu'elle ne me voyait pas de la même façon qu'elle voyait les infirmières du service mais plus comme une copine ou une grande sœur. Nous pouvons penser à un transfert de la part de Lyna sur moi par rapport à quelqu'un de sa famille comme une de ses sœurs ou de son entourage. Un transfert est une projection émotionnelle du patient sur le soignant. Puis, à un contre-transfert qui lui désigne la réaction inconsciente du soignant vis-à-vis de son patient en réponse à ce transfert à travers ma plus grande présence auprès d'elle qu'auprès de mes autres patients

À un moment, je me suis donc demandée si cette relation était adaptée.

De mon côté j'ai pu m'identifier à Lyna en m'imaginant à sa place, d'où mon envie de vouloir être présente pour elle. Une certaine projection de ma part de moi-même sur Lyna.

Je me suis demandais si je n'étais pas en train de tomber dans des liens amicaux avec Lyna et peut être trop personnel.

Quel impact a-pu avoir cette proximité pour Lyna ? Et pour moi la soignante ?

Cette expérience de soignante envers Lyna m'a marqué car au-delà de ma posture professionnelle, j'ai l'impression d'avoir une affection particulière pour elle, différente de celle que j'ai pu avoir pour les autres patients que j'ai pu prendre en charge. Je n'avais encore jamais eu un attachement comme celui-ci pour un patient. L'affection est un sentiment d'amitié, de tendresse pour quelqu'un.

Tandis que l'attachement, est un sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un ou à quelque chose.

J'avais conscience du manque que pouvait ressentir Lyna en étant seule à l'hôpital sans sa famille. Inconsciemment, j'ai voulu essayer de combler ce manque en devenant une personne ressource à qui celle-ci pouvait faire part de ses émotions et de ses craintes.

Le fait de vouloir se substituer à la famille peut-il induire un manque par la suite pour la patiente ? A-t-elle pu ressentir un manque vis-à-vis de moi lorsque celle-ci a quitté l'hôpital pour rentrer chez elle ? Est-ce que cela a pu l'affecter de ne plus me voir quotidiennement ? Est-ce qu'un soignant peut ressentir de l'affection et de l'attachement pour un patient ?

Aussi, il me paraît important de se pencher sur la question de l'infantilisation de Lyna de ma part.

Tout au long de ma prise en soins de Lyna, je ne la vois pas comme une adolescente de quinze ans mais comme une enfant de 10 ans. Tout d'abord, dès la première fois que je la vois, celle-ci me paraît physiquement beaucoup plus jeune. De plus à travers mes échanges avec elle, son vocabulaire et ses demandes, rien n'indique qu'il s'agit d'une adolescente de quinze ans. Ainsi, face à son apparence et sa façon d'échanger avec moi, j'ai tendance à infantiliser Lyna. Aussi, le fait qu'elle soit la seule patiente mineure d'un service pour adultes accentue cette

infantilisation car cela met en avant le décalage d'âge avec les autres patients. Ici elle est la plus petite alors que si celle-ci avait été dans un service de pédiatrie entourés de patients du même âge ou d'enfants plus jeunes cela aurait été moins flagrant.

J'ai donc instinctivement cherché à m'adapter au mieux à la patiente que je voyais en face de moi. Je pensais que mon comportement vis-à-vis d'elle était le plus adapté en réponse à ce que je voyais.

Est-ce que cette infantilisation est thérapeutique ?

Enfin, nous nous questionneront sur les émotions du soignant.

La prise en charge des soins de Lyna a suscité en moi beaucoup d'émotions.

Lorsque j'ai rencontré Lyna et que j'ai découvert son dossier médical avec autant de pathologies pour une jeune fille de son jeune âge, j'ai tout d'abord ressenti de la pitié et de l'empathie pour elle. Puis, au fil des jours un certain attachement.

Ces émotions ressentis face à cette situation ont-elles pu impacter la prise en soins de Lyna ?

L'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. Il existe deux types d'émotions, les émotions dites simples comme la joie, la tristesse, la colère, la peur, et les émotions dites mixtes comme la pitié, la culpabilité, le mépris, la honte.

La prise en soins de Lyna m'a marqué car avant cela je n'avais encore jamais rencontré de situations semblables. En effet, les prises en charge que j'avais réalisé avant celle de Lyna ne m'avaient pas affectées de la sorte.

Les étudiants infirmiers, tout comme les professionnels sont confrontés en permanence à la souffrance des patients ainsi qu'aux décès de certains d'entre eux. Certains patients, certaines prises en soins nous marquent plus que d'autres car elles génèrent en nous davantage d'émotions. Il est donc parfois difficile pour nous soignants de gérer ces émotions, et cela encore plus lorsque l'on est étudiant et que c'est la première fois que nous sommes confrontés à cela.

Beaucoup de situations comme celle-ci peuvent générer des émotions chez le soignant mais quelle place leur laisser ? Ne sont-elles pas un minimum nécessaire pour le soin ? Ne risquent-elles pas de submerger le soignant ? Ne faut-il pas lutter contre ses propres émotions ?

3 Question de départ

« En quoi la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné peut-elle être altérée par les émotions du soignant ? »

4 Cadre de référence

Compte tenu du sujet, j'ai choisi d'aborder dans un premier temps la relation soignant-soigné, puis dans un deuxième temps, j'aborderai la distance professionnelle. Enfin, je mettrai en lien dans une troisième partie les émotions du soignant.

4.1 La relation soignant-soigné

Comme C. DESHAYS, psychiatre, nous le dit « *Des études pointues, exigeantes forment [...] nos infirmiers [...]. Mais ces personnes formées, certifiées, diplômées se trouvent dans l'embarras quand elles se retrouvent face à des problèmes relationnels qui souvent nuisent à l'efficacité de leur travail* ».

4.1.1 Définitions

Tout d'abord, il me paraît judicieux d'aborder le concept de « relation » qui est au centre du métier de l'infirmière.

Selon le dictionnaire le Larousse, les relations sont un « *ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ».

Le Petit Robert, explique qu'il s'agit d'un « *lien de dépendance ou d'influence réciproque* ».

D'après A. MANOUKIAN, et A. MASSEBEUF, psychologues et formateurs, la relation se définit par « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. [...] Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* ».

M. FORMARIER, infirmière puéricultrice et formatrice des cadres de santé, elle, décrit les relations comme « *une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ».

Ainsi, la relation, se compose de rencontres entre différents individus, d'un contexte particulier, d'une communication entre ces personnes distinctes et d'échanges qui s'inscrivent dans le

temps. La relation n'est pas figée, elle est dynamique car chaque nouvel échange sera influencé par ce qui s'est déjà passé antérieurement entre ces personnes, et contribuera ainsi au tissage d'un lien unique.

Alexandre MANOUKIAN relève trois principaux groupes de facteurs qui composent la relation, qui l'influence : les facteurs psychologiques « *principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication etc.* », les facteurs sociaux « *l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture, ainsi que les rôles et les fonctions de chacun* » et enfin, les facteurs physiques « *les perceptions propres à chacun, l'aspect physique* ».

Quatre types de relations sont déterminées par le psychologue Louis MALABEUF.

Ainsi, on distingue la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de soutien, de réassurance et de compréhension et enfin, la relation d'aide thérapeutique.

La relation de civilité « *ne différencie pas la relation soignant-soigné de la superficialité de bon nombre d'interrelations habituelles. [...]. C'est le niveau du propos banal, de la communication informelle ou l'on parle surtout de tout, sauf de l'essentiel* ». Elle correspond donc au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, comme dire bonjour, se présenter, frapper avant d'entrer. On ne remarque pas forcément ces rituels, or lorsqu'ils sont absents, cela est perçu comme un manque de respect, une impolitesse.

La relation fonctionnelle, elle, « *a un but avoué et une fonction précise, c'est-à-dire de permettre une connaissance effective du patient dans un domaine spécifique* ». Elle correspond à un recueil d'information afin d'orienter la prise en soin.

La relation de soutien s'exprime par « *une écoute attentive, par une tentative de dédramatisation des situations, par l'utilisation de la comparaison avec le « commun des mortels* », par la propension à donner des conseils ».

La relation d'aide thérapeutique fait partie intégrante de la pratique de l'infirmière et c'est sur celle-ci que nous nous attarderons plus particulièrement par la suite. Elle « *se met en place progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux*

préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de « disponibilité » psychologique ».

Maintenant que nous avons définis ce qu'était la relation, relevé les facteurs qui influencent cette relation et identifié les différents types de relations, nous pouvons à présent définir la relation soignant-soigné.

Dans son ouvrage *Distance professionnelle et qualité du soin*, Pascal PRAYEZ, psychologue clinicien, affirme que « *La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force* » et que « *Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération* ».

Selon Marguerite POTIER, infirmière enseignante, cette relation, est un « *lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé* ». Elle « *a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie* » et « *permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions* ».

Il s'agit alors du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.

Suite à des suivis de patient au long cours ou dans des situations de grandes souffrances, un lien, un attachement peut s'établir entre les deux sujets. Selon PRAYEZ, « *un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient* ». La relation se créant dans un contexte particulier où le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier. Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.

Après avoir définie la relation soignant-soigné, nous allons maintenant identifier les deux acteurs de cette relation, soit le soignant et le soigné.

4.1.2 Le soignant

Le soignant est selon le dictionnaire le Larousse « *une personne qui donne des soins à quelqu'un* ».

D'après Pascale GERARDIN, psychologue clinicienne, « *Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir ou restaurer la santé, ils contribuent [...] à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie* ».

De plus, elle ajoute que « *La relation de soin s'engage donc à partir d'une demande plutôt explicite soit la réparation somatique ou organique, soit de soulagement d'aide pour ce qui est du psychique* ».

Le soignant est donc un professionnel de santé qui dispense au patient des soins techniques ainsi que d'un accompagnement psychologique. Son rôle ne relève donc pas seulement de ce que l'on appelle « le cure » qui est l'ensemble des soins techniques nécessitant une prescription mais aussi du « care » qui lui, vise à prendre soin du patient en se penchant sur le côté relationnel.

Il possède des savoirs que le patient n'a pas. Cela engendre alors une asymétrie entre les deux acteurs.

Le soignant, selon Alexandre MANOUKIAN, est aussi « *un élément liant entre le patient et les autres intervenants* ». En effet, le patient, a souvent tendance à sentir le soignant « *plus disponible et plus accessible, car plus proche au quotidien* » que les médecins dont il a parfois du mal à comprendre les différents termes médicaux. Il aura donc plus de facilités à parler avec le soignant qu'avec celui-ci.

Virginie HANDERSON, infirmière enseignante et chercheuse américaine, affirme que « *le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, en maintien ou en recouvrement de santé [...] par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, ou possédait les connaissances voulues et d'accomplir ces fonctions à l'aider à reconquérir son indépendance* ».

Le rôle du soignant s'appuie donc sur la relation d'aide que nous avons vu précédemment, dont le principal fondateur est Carl ROGERS, psychologue humaniste américain. Cette relation d'aide, qui se rapproche du « care », c'est-à-dire du « prendre soin » est selon MANOUKIAN à « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle,*

familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement ».

Pour FORMARIER, « *la relation d'aide [...] est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui* ».

D'après Margot PHANEUF, infirmière canadienne, la relation d'aide se définit comme « *un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse le superficiel et favorise le climat qui permet d'apporter le soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve (anxiété, douleur, chagrin, perte, deuil, inquiétude pour l'avenir ou approche de la mort)* ».

Ainsi, la relation d'aide correspond aux processus utilisés par le soignant dans le but d'aider la personne souffrante ou en difficulté, en l'occurrence le patient.

Selon ROGERS, cette relation d'aide est favorisée par trois attitudes qui sont : l'empathie, l'écoute active et le non-jugement.

L'empathie est définie dans le dictionnaire Le Robert, comme la « *capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent* ».

Pour Carl ROGERS « *être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ».

Selon JORLAND « *L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions* ». « *L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue* ».

Margot PHANEUF, ajoute qu'il s'agit d'un « *sentiment envers celui qui souffre* ».

Il arrive souvent que l'on confonde l'empathie à la sympathie ou à la compassion, ces trois termes étant parfois utilisés de façon interchangeable. Selon JORLAND L'empathie « *consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver des émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions, dont le fou-rire peut être considéré comme typique* ». Selon lui, la sympathie serait « *une relation affective* », alors que l'empathie plutôt « *une relation cognitive* ». Monique FORMARIER, elle, définit la sympathie comme la relation « *entre personnes qui, ayant des affinités, se conviennent, se plaisent spontanément* » ou la « *participation à la douleur d'autrui* » ou bien le « *fait de ressentir tout ce qui touche autrui* ».

La compassion elle, est selon JORLAND, « *une relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui [...] pour lui venir en aide ou se faire l'instrument de son plaisir, induit aussi bien par l'empathie que par la sympathie* ».

À travers ces définitions, il semblerait que la sympathie n'ait pas sa place dans la relation soignant-soigné, contrairement à l'empathie et la compassion qui elles, sont au cœur du métier du soignant.

Cette relation d'empathie est différente d'une relation d'amitié qui elle fait appel à la sympathie.

L'écoute active, est selon ROGERS, une écoute silencieuse qui accueille le message du patient sans l'interrompre et en portant intérêt à ce que dit celui-ci. C'est aussi le fait de pratiquer la reformulation, il s'agit pour le soignant de, lorsque le patient a fini de parler, reformuler ce qu'il a compris sans faire de commentaire ni de jugement.

Cela va permettre au patient de voir que le message a bien été compris et au soignant de vérifier qu'il a bien compris le message.

Le non-jugement, lui, toujours d'après ROGERS, correspond à l'acceptation inconditionnelle du patient, le respect de sa dignité et la compréhension profonde pour ce qu'il est et ce qu'il vit.

Géraldine LANGLOIS met en avant « *la conception traditionnelle des dispositions « naturelles » de l'infirmière : disponibilité, bienveillance, compassion, voire empathie* ».

Le soignant a alors pour rôle de savoir écouter attentivement le patient, de reconnaître ses symptômes cliniques et ses besoins et d'être bienveillant.

Au-delà de la prise en charge du patient, le soignant doit aussi accorder une place particulière à la famille ou l'entourage du patient.

En effet, au cours de la prise en soin d'un patient, un lien peut se créer entre le soignant et le soigné mais dans certains cas aussi avec la famille du soigné qui est amenée à venir régulièrement et donc à être souvent en contact avec les soignants.

Cette relation soignant-soigné peut alors aussi devenir une relation triangulaire entre le soignant, le patient et la famille du patient.

Le maintien du lien entre le patient et sa famille est important, il permet au patient de se sentir épaulé. La maladie peut bouleverser l'équilibre familial, c'est pourquoi en plus d'accompagner le patient, le soignant, doit aussi accorder une place à la famille ou l'entourage du patient qui lui aussi, est confronté à la maladie.

En revanche, lorsque cette famille est absente, le soignant peut inconsciemment chercher à combler un manque causé par l'absence de celle-ci et cela peut impacter la relation soignant-soigné et la distance professionnelle.

Maintenant que le premier acteur de cette relation est défini, nous allons maintenant nous attarder sur le deuxième acteur qui est le soigné.

4.1.3 Le soigné

Le soigné, aussi appelé patient, est selon le dictionnaire de français le Larousse, « *une personne qui reçoit des soins* ».

D'après POTIER, le soigné est « *une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux institutions ou aux professionnels de santé* ».

Il s'agit donc d'une personne qui nécessite l'aide de quelqu'un qui pourra lui prodiguer les soins dont elle a besoin concernant sa santé.

D'après ROGERS, cité par FORMARIER, « *le besoin d'aide apparaît lorsque la personne, tout en ayant une capacité de réflexion et de communication, éprouve à un degré variable une impuissance à comprendre et à se comprendre, à faire face, à s'en sortir* ».

Le soigné dépend alors de professionnels de santé aptes à lui apporter ces soins. PRAYEZ, déclare que celui-ci, « *dépend de ces services pour sa vie quotidienne voire sa survie* ».

Il me paraît essentiel de définir la santé, qui d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se définit comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ; la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain [...]* ».

Ainsi, le rôle du soignant et du soigné sont bien distincts. Le soigné est demandeur d'aide tandis que le soignant apporte son aide en prodiguant des soins.

Maintenant que nous avons définis les deux protagonistes, nous allons maintenant nous concentrer sur la relation existante entre ces deux.

4.1.4 Une relation de confiance

Après avoir précédemment défini ce qu'était la relation soignant-soigné, et le rôle des deux acteurs qui composent cette relation, nous allons maintenant montrer que cette relation repose tout d'abord sur une relation de confiance.

D'après LEFÈVE, sept concepts caractérisent la relation soignant-soigné dont principalement une relation de confiance.

Il convient dans un premier temps de donner une définition de ce qu'est la confiance.

Selon le dictionnaire le Larousse, la confiance est le « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* ».

Créer un lien de confiance avec le patient est un des premiers objectifs dans sa prise en soin.

La confiance peut être spontanée ou acquise. Si celle-ci n'est pas spontanée, il faut alors gagner la confiance de l'autre.

La confiance ne peut se mesurer que par des preuves ou des actes comme ne rien promettre que l'on ne puisse pas faire, ne pas mentir, être disponible pour l'autre et le tenir informé, assurer des soins de qualité, être poli et respectueux, rester authentique.

Tous ces éléments permettent de rassurer la personne en face de nous afin d'arriver à une relation de confiance avec celle-ci.

D'après FORMARIER, « *un patient qui a établi une relation de confiance avec une infirmière sera plus enclin à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider* ».

Afin d'arriver à cette relation, chacun des acteurs doit prendre un risque. Le risque d'être trahi ou déçu par l'autre.

Cette relation peut disparaître aussi vite qu'elle est apparue suite à un manque d'implication d'un des acteurs.

Cette relation de confiance est l'élément fondamental afin d'aller vers une alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné. Selon Paul Ricoeur, « *la relation de soin, singulière dans son instantanéité, peut être définie comme un « pacte de soins ». Ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie* ».

L'alliance thérapeutique est une collaboration, un engagement des deux acteurs face à la maladie. Selon FREUD, cette alliance s'appuie sur un « *intérêt sérieux* » et une « *compréhension bienveillante* ».

Cependant cette relation de confiance, commence tout d'abord par la communication entre les deux acteurs.

D'après PHANEUF, « *Toute relation se fonde avant tout sur la communication et c'est la qualité de cet échange avec l'autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en relation d'aide* ».

Selon le dictionnaire Larousse, la communication correspond à l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage.

D'après BIOY, BOURGEOIS et NEGRE, communiquer c'est « *aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre* ». La communication dépend donc de la volonté d'échanger des individus.

La communication est présente dans toutes les interactions humaines et donc dans toute relation de soins.

Cette communication ne passe pas que par le langage. Il existe en effet, plusieurs moyens de communiquer : le verbal, le para verbal et le non verbal. Le verbal correspond au langage écrit ou parlé, le para verbal correspond lui aux intonations de voix, au rythme et débit du discours et le non verbal repose sur les postures, gestuelles, regards et expressions du visage. « *Plus que ce que l'on dit, c'est la façon de le dire qui fait foi [...] le langage du corps est le seul qui soit sincère* » (BIOY, BOURGEOIS et NEGRE). Ainsi, lorsque l'on s'adresse à quelqu'un, la posture, les gestes, le ton de la voix, l'expression faciale et la distance physique jouent un rôle sur le message que l'on renvoie, que l'on véhicule et cela parfois de manière inconsciente.

Selon MANNOUKIAN, « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant/soigné.* »

La communication s'établit d'un émetteur vers un récepteur avec réciprocité. Selon la réponse que va émettre le soigné au soignant, celui-ci va pouvoir s'ajuster et s'adapter petit à petit si nécessaire.

Ainsi, une bonne communication favorise la création d'un climat de confiance et donc l'installation d'une relation d'aide thérapeutique.

Cependant il y a souvent un décalage entre ce que l'on a envie de transmettre au patient et ce que celui-ci a compris et cela peut parfois amener à un éventuel malentendu, pouvant impacter la relation de confiance et donc la relation soignant-soigné.

Une mauvaise communication peut donc impacter la relation soignant-soigné en engendrant une perte de confiance.

Après avoir traité la relation soignant-soigné, présenté les deux protagonistes impliqués dans cette relation et vu que cette relation était basée sur une relation de confiance, nous allons maintenant voir que cette relation peut générer des émotions chez le soignant parfois difficile à gérer.

4.2 Les émotions des soignants

« *Chacun sait ce qu'est une émotion jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment-là, il semble que plus personne ne le sache* » (FEHR et RUSSELL, 1984)

4.2.1 Définitions

Avant tout, il est à mon sens essentiel de définir différents termes importants afin de mieux comprendre le sujet.

Il me paraît donc premièrement évident de définir les émotions.

Selon le dictionnaire Le Robert, les émotions sont des « *réactions affectives brusques et momentanée, agréables ou pénible, souvent accompagnées de manifestations physiques ou de troubles physiologiques* ».

D'après le grand dictionnaire de la psychologie, les émotions sont « *des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques qui s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport au processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition* ».

L'anthropologue américain Paul EKMAN qui est un des pionniers à s'être intéressé aux mécanismes par lesquels se traduisent les émotions, définit celles-ci comme « *l'état de conscience, agréable ou pénible, concomitant à des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe* ».

Le philosophe ROSENFELD définit les émotions comme « *ce que je reconnais, dont je me souviens et que je comprends [...] et vont ensuite jouer sur la façon dont je me perçois* ».

Les émotions sont perçues par le verbal à travers la parole et le non verbal par les expressions du visage.

Il est fréquent que le concept des émotions soit confondu avec d'autres concepts voisins, notamment celui de l'affect et des états affectifs mais aussi celui de l'humeur et des sentiments que je définirai donc également.

L'affect, lui, est selon Le Robert, « *un état affectif élémentaire, ressenti, traduisant une pulsion* ». Il s'agit donc de la tonalité agréable ou désagréable du sentiment, qui accompagne une idée ou une représentation. Selon Lydia FERNANDEZ, « *Les affects expriment tous les phénomènes de l'affectivité, c'est-à-dire toutes les nuances du désir, du plaisir et de la douleur qui entrent dans l'expérience sensible sous forme de ce qu'on appelle les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions. Ils sont des manifestations externes, visibles et observables des états émotionnels* ».

Le plaisir, la douleur, le sentiment, la passion, eux sont des états affectifs, ce sont des états éprouvés par un sujet. L'affectif est donc subjectif. À la différence des émotions qui sont des phénomènes transitoires, les états affectifs qui conditionnent notre humeur sont durables.

D'après Dominique CHAPOT, les états émotionnels eux, sont « *des émotions rémanentes qui débutent comme les émotions basales mais ont des durées plus longues. L'état émotionnel commence souvent dans l'anticipation d'un évènement ou de manifestations sociales et subit son apogée durant l'évènement ou la manifestation* ».

Il me paraît également judicieux de définir l'humeur qui selon Jean DELAY, est une « *disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur* ».

Les sentiments, eux, sont des états affectifs complexes, assez stables et durables, composés d'éléments intellectuels, émotifs, imaginatifs ou moraux, plus ou moins clairs, stables, qui persistent en l'absence de tout stimulus et qui concernent soit le « moi » soit autrui. Le sentiment est plus durable que l'émotion, moins violent que la passion. Il peut être intellectuel, moral ou affectif. Il est une tonalité affective envers un objet, marqué par la durée. Les

sentiments sont liés aux tendances profondes de l'individu, à ses désirs satisfaits ou frustrés. Ils sont des phénomènes psychologiques conscients qui colorent affectivement nos perceptions et influencent nos conduites. Un sentiment demande une construction cérébrale, alors que l'émotion est un ressenti instantané.

Après avoir travaillé sur les différentes émotions Paul EKMAN a conclu qu'il existait six émotions différentes :

- La joie qui selon le dictionnaire le Larousse est un « *sentiment de plaisir, de bonheur intense, caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être* ».
- La tristesse qui elle est « *l'état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie* ».
- La colère qui est un « *état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales* ».
- Le dégoût est une « *sensation d'écœurement, haut-le-cœur provoqué par quelque chose qui dégoûte* ».
- La peur est un « *sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace* ».
- La surprise, enfin, est « *l'état de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu* ».

Selon lui, les émotions sont « *conçues pour aider les individus à s'adapter et à faire face à des évènements qui ont des implications pour leur survie et leur bien-être* ». Les émotions seraient alors une aide psychique pour le sujet.

Maintenant que nous avons défini et fait la distinction entre ces différents termes, nous allons voir quelle est la place que tiennent ces émotions dans la pratique professionnelle.

La prise en charge des soins et l'accompagnement des patients peuvent affecter le soignant et déclencher certaines émotions chez celui-ci difficiles à gérer. En effet, au quotidien, les infirmiers sont constamment témoins de la maladie, la fragilité, la souffrance des patients ainsi que de leur famille et parfois même au deuil. C'est pourquoi il arrive qu'ils puissent se sentir démunis face à une telle charge émotionnelle.

Ces différentes émotions dues à la proximité entre le soignant et le soigné par la dispensation des soins, peuvent amener à une relation affective.

Toucher l'intime de l'autre engendre le fait d'être touché soi-même, en effet cela engendre une réciprocité.

Nous pouvons classer ces émotions en deux parties, avec d'un côté les émotions positives comme la joie et d'un autre côté les émotions négatives comme la tristesse et la colère.

Les émotions dites positives peuvent se manifester lorsque l'on apprécie un patient avec lequel on a établis une relation de confiance, un échange agréable. Les émotions négatives, elles peuvent survenir suite à la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie lourde ou suite au décès d'un patient.

Ces émotions négatives, contrairement aux émotions positives peuvent impacter le soignant tant de façon professionnelle que personnelle.

Ainsi, les émotions sont omniprésentes dans le soin et dans la pratique infirmière, elles peuvent survenir à tout moment dans la prise en charge du patient et sont propres à chaque soignant. Elles sont généralement plus présentes lorsqu'un lien, un attachement s'est établi entre les deux acteurs antérieurement.

Maintenant que nous avons définis et identifié les différentes émotions présentes dans la relation soignant-soigné, nous allons maintenant nous pencher sur la gestion de ces émotions par les soignants qui est une des difficultés majeures de son métier.

4.2.2 La gestion des émotions

Dans leur profession, les soignants sont constamment témoins de la souffrance des patients ainsi que de leur entourage et peuvent rencontrer des difficultés dans la gestion de leurs émotions.

Nous allons voir que les avis divergent quant à la place que les soignants donnent à leurs émotions dans leur pratique.

Pour certains, les émotions sont considérées comme nécessaires, comme un moteur pour la pratique professionnelle et le soin et qu'il serait impossible de travailler sans émotions.

D'autres affirment qu'il est primordial de savoir les reconnaître et les réguler. C'est-à-dire ne pas se laisser envahir et submerger par ses émotions.

Enfin, pour d'autres, ces émotions doivent être réprimandées. Il faudrait lutter en permanence contre ses propres émotions afin de pouvoir écouter pleinement l'autre.

En effet, dans notre société, beaucoup de représentations laissent à penser que le soignant a pour rôle de savoir maîtriser ses affects et qu'il se doit de ne rien laisser transparaître et ainsi adopter une posture de neutralité.

Parmi les auteurs, certains restent sur ces convictions en affirmant que les soignants doivent savoir contrôler leurs émotions même si cela demande un travail sur eux-même comme M. SCHACHTEL qui nous dit que « *L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié* ». Cela nous montre que le soignant se doit de ne pas se laisser envahir par ses émotions, d'être capable de les masquer, de rester neutre et objectif et ne rien laisser paraître face au patient.

En effet, l'Article R.4312-25 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession infirmier et aux devoirs envers les patients stipule que : « *L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser des soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard* ».

Claudine CARILLO également nous dit que le soignant doit essayer « *d'apprendre à mieux maîtriser ses émotions, à les contenir et, avec l'expérience, à les ressentir sans les manifester* ».

PRAYEZ, ajoute « *il faut être fort pour porter celui qui est fragilisé par la maladie* ». Cela montre que le soignant ne devait montrer aucune faiblesse.

Selon Catherine MERCADIER, il existe une « *norme implicite* » qui dit que « *les soignants se doivent de maîtriser leurs affects* ».

La législation relative à la profession infirmière, appuie également sur l'importance de la gestion des émotions puisque qu'elle dit que le soignant « *doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard* ».

Le contrôle de ses émotions est un travail sur soi-même que LELORD et ANDRE appelle « *l'intelligence émotionnelle* ».

Cette capacité à gérer ses émotions est propre à chaque soignant, elle dépend du caractère de celui-ci ainsi que de son expérience professionnelle.

L'image du soignant qui se dévoue corps et âmes et qui consacre sa vie à celle des autres persiste. Claude CURCHOD s'appuie sur le « *mythe du soignant vertueux : empathique, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication* ».

D'autres auteurs comme Walter HASBEEN, affirme qu'on « *ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain* ». Pour Pascal PRAYEZ, « *Le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des émotions et qui pensent* ».

Ici, le soignant est reconnu comme humains avant tout, c'est-à-dire un sujet qui a le droit de ressentir, de s'émouvoir et d'être sensible à ce qui l'entoure.

Catherine MERCADIER explique que « *la culture professionnelle est contaminée par la culture de la société qui exprime beaucoup plus facilement les émotions qu'il y a 10 ou 20 ans* ». Cela montre une évolution des pensées sur ces dernières années.

MICHON affirme « *il ne s'agit surtout pas de se blinder ni de se constituer une carapace mais d'être soi* ».

Certains soignants, face à une situation dure à gérer émotionnellement, vont avoir tendance à trop s'engager dans celle-ci au risque d'en souffrir et d'autres au contraire vont avoir tendance à se mettre des barrières. En effet, une implication peut faire peur au soignant. C'est pour cela que certains d'entre eux ne souhaitent pas « *adopter une attitude attentive et douce envers*

l'autre de peur d'être débordés eux-mêmes ». Comme nous le dit PRAYEZ, beaucoup cherche à faire une « *chasse à l'affect* » ou les émotions n'ont que très peu de place.

De plus, certaines situations peuvent faire ressurgir chez le soignant des souvenirs douloureux car comme le dit PRAYEZ, elles peuvent réveiller « *notre histoire personnelle, faites de liens et de pertes, de ruptures et de deuils parfois enfouis au fond de nous* ».

L'équipe soignante a également à toute son importance dans la gestion des émotions, en effet, la communication entre professionnels est primordiale pour une bonne prise en charge du patient mais aussi pour le confort du soignant. L'infirmière ne travaille pas seule mais au sein d'une équipe qui peut lui permettre de prendre le recul nécessaire. Le fait de partager entre collègues ses ressentis vis-à-vis de certaines situations peut être bénéfique. Aussi, des réunions de régulation ou de supervision peuvent aider afin de mener à bien son travail. Cela permet premièrement au soignant de ne pas garder des choses pour lui qui l'auraient impacté, également d'être écouté par quelqu'un qui est sûrement davantage apte à comprendre par son expérience similaire dans le soin et de s'exprimer à un moment plus adapté où il est libre de se livrer sans une certaine retenue qu'il aurait pu avoir face au patient. Le fait de s'exprimer sur ses émotions, peut permettre de mieux les digérer afin d'avancer et de passer à autre chose. En effet, un déni de ses émotions ou une mauvaise gestion peuvent être lourds de conséquences.

Comme nous l'avons vu précédemment, les émotions seraient une aide pour les individus. Nier ses émotions mettrait alors en quelque sorte le soignant en danger, mais à l'inverse se laisser submerger par celles-ci également.

Face à ces avis divergents, nous pouvons en déduire, que les émotions ne sont ni à proscrire ni à généraliser. Un équilibre est alors important à trouver afin de ne pas impacter le patient ni le soignant.

Nous venons de voir qu'une des grandes difficultés du soignant dans son métier était la gestion de ses émotions et que les avis divergeaient beaucoup concernant la prise en charge de ces émotions, nous allons maintenant voir que le soignant met parfois en place de manière inconsciente, des mécanismes de défense face à ces émotions.

4.2.3 Les mécanismes de défense du soignant

Face à une grande charge émotionnelle, lorsqu'il se sent dépassé, le soignant va parfois se protéger en développant des mécanismes de défense.

Selon Henri CHABROL, les mécanismes de défense sont « *des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement* ».

Afin de ne pas se sentir envahi par ses émotions pouvant être provoquées par la prise en soin des patients ainsi que leur détresse et leur souffrance, le soignant peut mettre inconsciemment en place des mécanismes de défenses afin de se protéger d'une trop grande implication émotionnelle qui pourrait lui porter préjudice.

Selon CARILLO, nous nous « *fermons émotionnellement* » afin d'éviter de souffrir.

Il existe une autre opération mentale appelée les « *processus de coping* » se traduisant en français par « *stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise* » qui sont des « *opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe* ».

Ces deux types d'opérations mentales, sont des processus adaptatifs qui jouent un rôle dans notre adaptation aux difficultés de la vie quotidienne, aux situations difficiles et qui peuvent être utilisés par les soignants dans un contexte de prise en charge de soins d'un patient afin de se protéger.

Ces mécanismes sont un moyen de faire face et de garder un certain équilibre psychique, ils ont une fonction protectrice mais peuvent parfois impacter la relation soignant-soigné.

Certains, pour se protéger émotionnellement, vont mettre en place une distance émotionnelle en se créant une carapace qui peut se faire ressentir par le patient dans les soins.

Ces mécanismes de défense sont une sorte de fuite inconsciente de la part du soignant afin de se protéger.

Selon GRANDSIR, psychologue, les différents mécanismes de défense utilisés par le soignant face au patient sont :

- Le mensonge qui selon le dictionnaire le Larousse correspond à l'action de mentir, de déguiser, d'altérer la vérité.
- La banalisation, elle, est l'action de rendre banal, commun, courant quelque chose, de lui ôter son caractère rare ou original.
- L'esquive correspond à l'action d'éviter un coup, une attaque, par un déplacement du corps. Ici il s'agit de la fuite, de l'évitement de la part du soignant face à une situation.
- La fausse réassurance est le fait d'optimiser les résultats, de rassurer le patient malgré le fait que cela ne va pas.
- La rationalisation est l'action de rationaliser quelque chose. Ici c'est le fait de se retrancher derrière un savoir technique.
- La fuite en avant correspond au fait de tout dire tout de suite sans laisser le patient s'exprimer sur sa souffrance.
- L'identification projective est le fait d'adjuger au patient des traits de soi-même.

Nous avons donc vu qu'il existait différents mécanismes de défense développés par les soignants face à certaines situations professionnelles compliquées émotionnellement. Nous pouvons en conclure que savoir reconnaître et se rendre compte de l'apparition de ses propres mécanismes de défenses est essentiels pour le soignant afin d'arriver par la suite à mieux gérer certaines situations qui pourraient l'impacter. En effet, il est important d'accepter que nous puissions être touchés par certaines situations et il est essentiel d'avoir une bonne connaissance de soi pour savoir identifier ces situations qui pourraient nous perturber.

Nous allons maintenant voir que nos émotions et ces mécanismes de défense peuvent impacter la distance professionnelle.

4.3 La distance professionnelle

D'après Catherine DESHAYS « *Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel !* », d'où le problème de la distance professionnelle.

4.3.1 Définitions

Pour commencer, je définirai la notion de distance.

D'après C. VANOVERBEKE, pour les professionnels de santé, une certaine distance serait nécessaire dans la relation avec le patient. « *Dès le moment où la rencontre existe, la question de distance se pose avec toutes ses nuances* ».

Selon le dictionnaire Le Robert la distance est « *l'espace qui sépare deux personnes* ». Il s'agirait donc d'une distance physique.

D'après Pascal PRAYEZ, la distance physique est la « *séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable* ». Il s'agit de « *se tenir debout, en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important* ».

Le dictionnaire Le Larousse, définit également la distance comme une « *différence qui résulte d'une inégalité de niveau social, d'âge, de culture, etc.* ». La distance relève alors autant d'une dimension physique que psychique. Elle se définit donc également par un écart, une différence entre deux choses, deux personnes, selon leurs statuts, leurs qualités, etc.

Selon Edward TWITCHELL HALL qui a développé le concept de « proxémie », il existe quatre formes de distances du point de vue physique appelées « proxémique ».

Tout d'abord, nous avons la distance la plus éloignée qui est la distance publique. Elle correspond à une distance de minimum trois mètres cinquante et plus. Les deux individus sont donc à une distance lointaine et la communication n'est que verbale.

Vient ensuite, la distance sociale qui correspond à une distance entre un mètre vingt et trois mètres cinquante qui reste une interaction sans contact physique entre les deux individus qui communiquent à parlant à voix haute. Elle correspond au minimum à un bras tendu et permet de mieux visualiser la personne en face de soi sans pouvoir la toucher.

Il y a aussi la distance personnelle, qui correspond à une distance entre quarante-cinq centimètres et un mètre vingt ou il est possible de toucher le corps de l'autre qui est à portée de main. Les deux individus peuvent alors communiquer à voix basse et percevoir plus précisément une

partie du corps comme la couleur des yeux. Elle peut se retrouver dans un contexte de soins lors d'entretiens par exemple.

Puis la distance la plus proche est la distance intime, correspondant à une distance allant du contact physique jusqu'à quarante-cinq centimètres. La communication verbale, laisse place au contact physique. Elle nécessite donc une relation de confiance entre la personne soignée et le soignant afin que la situation ne soit pas mal vécue par ces deux individus. Elle fait rentrer en jeu d'autres canaux sensoriels comme l'odeur ou la température du corps de l'autre. C'est la distance que j'ai pu avoir avec Lyna dans ma situation lorsque que je réalisais certains soins. En effet, « cet espace intime est aussi celui du geste de soin », qui « nous impose des gestes intimes dans la nudité du corps souffrant ».

Ici nous pouvons parler de distance professionnelle puisque nous nous trouvons dans un contexte de soin.

À travers les soins, le soignant et le soigné sont exposés à une proximité intime aussi bien physique que psychique.

Le soigné lorsqu'il reçoit des soins, peut être exposé à dévoiler son intimité. Certains des soins, en effet, nécessitent de toucher le patient et de découvrir certaines parties de son corps.

Le soin entraîne donc inévitablement un rapprochement entre les deux acteurs. Face à une telle proximité, la notion de distance professionnelle a alors toute son importance. En effet, suite à un contact physique avec le patient, des liens émotionnels forts vont avoir tendance à se créer.

Il me paraît évident de définir la posture professionnelle et donc premièrement la posture, qui n'est à pas confondre avec le positionnement. La posture, selon PAUL correspond à « *ce qui émane de soi, ce qui est engagé dans la relation à l'autre dans la fulgurance d'un moment et d'une situation, porte une large part non consciente* », elle se traduit par les « *qualités, talents, dispositions que le professionnel investit dans sa pratique* ». Alors que le positionnement, lui, « *résulte d'une action délibérée, qui conduit à « prendre position » et à se poser par rapport aux autres, à expliciter et affirmer ses choix* ».

La posture correspondrait plus à notre identité tandis que le positionnement plutôt à notre manière d'agir.

D'après PAUL, la posture professionnelle serait la « *capacité à s'ajuster à un contexte dont elle est toujours dépendante* », qui « *requiert une flexibilité comportementale* ». Selon PITARD, PERUZZA et CLARET, il s'agit plus précisément d'une « *manière de prendre place avec son savoir-être et son savoir-faire dans la relation de soin [...]. Il ne s'agit pas de « jouer un rôle » au risque de l'imposture, mais de développer des compétences susceptibles de favoriser un soin, et donc une relation de qualité* ».

La posture du soignant est alors la façon qu'il aura d'entrer en contact avec le patient, son attitude face à lui. Elle a donc un impact majeur sur la relation soignant-soigné, tout comme le comportement du patient.

Nous pouvons ainsi déduire que la notion de distance professionnelle nécessite d'être suffisamment proche des patients afin de les accompagner mais à la fois de garder une certaine distance pour ne pas se sentir étouffé. C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique.

Après avoir défini le concept de distance professionnelle, nous allons maintenant voir que le soignant rencontre parfois des difficultés à trouver cette juste distance.

4.3.2 Les difficultés du soignant à trouver la juste distance

Nous avons vu précédemment que la sympathie n'avait pas sa place dans une relation soignant-soigné, c'est pourquoi une distance est nécessaire lorsque le soignant juge le patient trop familier avec lui.

D'après PRAYEZ, la juste distance est la « *capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* ». Le soignant doit donc garder en tête qu'il n'est pas à la place du malade. La juste distance se trouverait dans l'équilibre entre « *l'association de l'implication et de la distance* » et elle implique d'accepter « *l'affectivité comme élément central de la professionnalité de l'acteur du soin* ».

Selon Monique FORMARIER, il s'agit d'un « *équilibre entre d'une part, l'implication subjective ou affective vis-à-vis des patients et d'autres part, une position plus objective ou*

professionnelle considérée comme nécessaire pour optimiser la nature thérapeutique de la relation entre l'infirmière et le patient ».

Florence MICHON, ajoute « *être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop, ni trop peu* ».

La difficulté pour le soignant peut être de trouver cette juste distance, le juste milieu afin que la situation soit vécue de la meilleure façon possible pour la personne soignée ainsi que pour le soignant et en engendrant le moins d'impact possible pour ces deux individus.

Or, trouver cette juste distance est nécessaire pour une relation adaptée.

MICHON, met en avant que trouver une juste distance est, « *un art qui s'apprend, s'entretient et se cultive* ».

Le concept de juste ou bonne distance, pousse parfois le soignant à une distance froide qui déshumanise le soin. Cette distance serait une réaction du soignant afin de se protéger d'une trop grande implication affective et de ne pas se laisser envahir par ses affects et émotions. Une sorte de mécanismes de défense comme vu précédent.

En recherchant cette mise à distance, les soignants utilisent des mécanismes défensifs comme « *la banalisation, l'évitement, les fausses réassurances, etc.* ». « *Ces défenses permettent au soignant de se protéger* ». Face à une situation émotionnellement dure à gérer, ils vont avoir tendance à se mettre une barrière dans le but de se protéger, une sorte de carapace, « *une distance hyperdéfensive qui le coupe de ses ressentis, créant « un blindage » qui annule la relation* ».

En effet, nous avons vu qu'il arrive souvent que la professionnalité du métier de soignant soit « *associée à l'effacement des affects* », au « *déni des émotions* », poussant les soignants à une distance sans implication.

C'est ce que nous affirme PRAYEZ en disant que « *Trop de discours de maîtrise et d'injonction défensive vont dans le sens d'une chasse à l'affect en milieu hospitalier, poussant les soignants vers une distance sans implication* ». Selon lui, il s'agit d'une distance défensive qui « *aseptise la relation* » et « *interdit la relation authentique* ».

« Cette distance sans implication tend à dénier toute subjectivité à l'autre, à le considérer comme un objet de soin, à nier la réalité de sa souffrance », « Le soignant se concentre sur l'aspect opératoire du geste technique réparant un corps objet ». Le soignant se focalise alors davantage sur les gestes techniques que sur le côté relationnel. Le patient serait pris en charge non pas comme un corps-sujet mais un corps-objet.

Cependant, il n'y peut pas y avoir d'interaction sans avoir une implication de chaque individu. Cette barrière ne permettrait pas d'entretenir une relation soignant-soigné adéquate.

Selon CARILLO, cette protection empêche une relation « *pleine et vivante avec le patient* ».

En effet, une distance excessive, peut endommager la relation soignant-soigné en déshumanisant le soin. De plus, le soignant, à force de vouloir se protéger, de se blinder et donc de ne pas se laisser être soi-même, peut finir par en souffrir.

D'autres à l'inverse, vont avoir tendance à trop s'investir dans la relation avec le patient et ne pas mettre suffisamment de distance avec le patient. Il arrive qu'ils ne posent pas assez de limite dans la relation soignant-soigné, voire qu'ils en oublient leur rôle.

Thierry TOURNEBISSE, nous dit que « *Les soignants sont piégés entre les préceptes contradictoires « d'empathie » (se mettre à la place) et de « distance professionnelle » (ne pas trop s'impliquer), ils ont du mal à se positionner. Soit, ils se rapprochent et se trouvent dans une éprouvante affectivité, soit, ils mettent de la distance et se désinvestissent* ».

Comme le dit PRAYEZ, « *le professionnel gagne à trouver une juste distance non défensive. Elle lui permet de ne pas être dépassé par une implication passionnée, qui le ferait excessivement souffrir sans aider la personne soignée de façon efficace* ».

Le risque pour le soignant, est qu'en s'impliquant trop personnellement, il n'arrive plus à faire la part des choses, qu'il soit trop proche du patient pour pouvoir prendre du recul sur la situation et donc effectuer une prise en charge adaptée.

Thierry TOURNEBISSE affirme que « *se sentir proche du patient, attentif, ouvert, sans jamais se mettre à sa place, permet de l'encourager, de l'accompagner et de le sécuriser réellement* ».

Cela montre qu'il faut être assez proche du patient pour qu'il se sente suivi et en sécurité tout en gardant une distance adaptée.

Pour PRAYEZ, la distance juste est « *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent (tendresse, attachement, répulsion, attirance, agressivité, culpabilité, désir de réparation...) mais reste contenu sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre. La distance juste est généralement ressentie comme chaleureuse et bienveillance, elle privilégie l'écoute centrée sur la personne, associant intelligence sensible et technique. Elle favorise la démarche éthique (respect des attentes ou des refus, consentement...) ».*

Si le soignant arrive à trouver cette juste distance avec le patient, il s'impliquera de façon raisonnée dans la relation et pourra donc aider au mieux et de manière efficace le patient. Il sera d'un côté assez proche du patient pour de se montrer empathique envers lui et assurer une bonne prise en charge et d'un autre côté se protégera en ne se laissant pas envahir par ses affects. Il s'agit donc de permettre au soignant la compassion, sans se perdre dans la souffrance du patient.

Aussi, la difficulté à trouver une juste distance peut être accentuée par un transfert de la part du patient et parfois un contre transfert du soignant en réponse à ce transfert.

En effet, il arrive que lorsque l'on entre en relation avec autrui, certains mécanismes comme le transfert se mettent en place.

Selon Louis-Marie MORFAUX, le transfert est « *un processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes de son expérience infantile, sympathiques ou hostiles, se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel* ». Le grand dictionnaire de psychologie, ajoute que « *l'établissement de ce lien affectif intense est automatique, incontournable et indépendant de tout contexte de réalité* ».

Ce terme correspond donc à ce que le patient a vécu antérieurement et ce qu'il transfère sur le soignant. C'est une projection du patient envers le soignant. C'est le fait que le patient associe involontairement le soignant à un de ses proches ou à lui-même.

Il existe deux types de transfert, le transfert positif qui selon le psychiatre Édouard ZARAFIAN est « *un regard bienveillant qui provoque le désir de donner et de gratifier* », qui se manifeste par « *des comportements et par des actes aussi divers que de l'acquiescement, l'adhésion, la confiance, la sympathie, l'amitié, l'amour, ou encore l'identification et le mimétisme* » et le transfert négatif, qui lui, est « un mouvement qui nous éloigne de l'interlocuteur » qui se traduit par une mise à distance entre les deux sujets, dû à une conduite de rejet de l'autre, il se reflète par des comportements divers comme « *retrait, résistance, méfiance, désaccord, contestation, évitement, antipathie, agressivité, haine* ».

Après avoir vu ce qu'était le transfert, nous allons maintenant nous intéresser au terme de contre-transfert.

Le contre-transfert, selon KERNBERG, est défini par deux approches différentes. La première approche, proche de celle de Freud, définit le contre-transfert comme la réaction inconsciente de l'analyste au transfert du patient. La seconde approche, elle, regarde le contre-transfert comme la réaction affective globale de l'analyste face à un patient au cours du traitement. « *Les réactions conscientes et inconscientes de l'analyste au cours du traitement sont des réactions à la réalité du patient aussi bien qu'à son transfert et sont des réactions aux exigences réelles de l'analyste aussi bien qu'à ses besoins névrotiques* ».

Selon Jean LAPLANCHE et Jean-Bernard PONTALIS, le contre-transfert correspond à « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* ».

Cela signifie donc, que lorsque le patient fait un transfert sur le soignant, ce soignant, met inconsciemment en place des mécanismes en réponse à ce transfert.

Dans sa profession, le soignant peut être confronté à des situations qui déclenchent en lui des phénomènes contre-transférentiels dont il est important qu'il prenne conscience afin de ne pas en souffrir, de rentrer dans des jeux pervers comme le sauveteur-victime, voire de devenir maltraitant. Il doit savoir repérer les points aveugles qui déclenchent en lui des mécanismes comme le détachement du patient ou au contraire un surinvestissement.

Ainsi, il n'y a pas de définition précise pour la juste distance mais il faut faire attention à ne pas tomber dans les extrêmes. C'est un processus complexe qui demande au soignant une bonne connaissance de soi. De plus, chaque relation étant unique, la distance instaurée dépendra du patient, du contexte et de l'environnement.

Après avoir vu les difficultés du soignant à trouver la juste distance, nous allons maintenant voir les moyens que les soignants utilisent afin de garder une distance professionnelle adaptée.

4.3.3 Les moyens utilisés par le soignant pour garder une distance professionnelle adaptée

MICHON affirme que « *certaines concepts sont considérés comme prévalant. Le respect, les valeurs, l'empathie, l'authenticité, la congruence [...] constituent la clé de voute de la juste distance dans les soins* ». Cela signifie que certaines attitudes permettraient au soignant de mieux gérer cette distance professionnelle.

Comme le dit Pascal PRAYEZ, « *Dans la vie courante, l'évitement physique protégerait le sujet de ces confrontations* », cependant dans un contexte de soin, ceci n'est pas possible.

Le soignant va alors utiliser une distanciation symbolique grâce au port de la blouse blanche, l'utilisation du vouvoiement et d'un vocabulaire médical qui permettent de poser un équilibre dans la relation entre le soignant et le soigné et que chacun des deux acteurs aient conscience de sa place bien définie.

En effet, le port de la blouse blanche, en dehors d'être une protection des germes pour le patient que l'on pourrait transporter de chez nous si nous étions habillés en civil et de l'exposition à des liquides biologiques pour le soignant, permet aussi au soignant, de se mettre dans son rôle et d'être reconnu par le patient. Cela permet une distinction des rôles. La tenue professionnelle permet au soignant de se différencier du patient et d'instaurer une distance protectrice avec celui-ci. C'est ce que nous confirme Catherine MERCADIER en affirmant « *Enfiler la blouse tous les jours fait que le soignant peut matérialiser ce qui le différencie du malade. Mais la blouse représente plus que cela : avec elle, le soignant enfle un personnage, un rôle : la blouse est comme un masque qui permet de ne voir ni le beau, ni l'horrible, qui garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses : quand il l'enlève à la fin de son service, une partie de*

son vécu y reste collé ». Elle ajoute que la blouse blanche permet « la séparation du monde des malades ».

Le vouvoiement, lui aussi permet de poser un cadre autour de cette relation. En effet, comme nous le dit Étienne KERN, le vouvoiement « *peut permettre d'instaurer un rapport hiérarchique entre deux individus. Globalement, il permet de mettre une distance au niveau relationnel. Il induit donc une verticalité au sein de la relation. Il est synonyme de respect sociologiquement.* »

Il n'est pourtant pas rare de croiser des soignants qui ont l'habitude de tutoyer leurs patients. Encore plus lorsque le patient est jeune. KERN explique que « Le tutoiement a une connotation beaucoup plus familière, il sous-entend une relation déjà plus intime et s'utilise beaucoup face aux enfants, dans les relations familiales ou d'amitié par exemple. Il y a une horizontalité entre les deux individus qui utilise le tutoiement ». C'est pour cette raison que les soignants ont tendance à tutoyer les patients qui se rapprochent de leur âge, car ils se sentent au même niveau, de part cette proximité en âge. Cependant le tutoiement n'aurait pas sa place dans une relation de soin car il s'agit d'une relation asymétrique où le soignant possède des savoirs que le patient n'a pas et lui apporte des soins mais ne lui apporte rien en retour.

Également, l'utilisation d'une tonalité de voix forte peut être une stratégie pour maintenir une distance avec le patient. Edward T. HALL a démontré qu'en distance intime, la communication verbale était peu présente et avec une tonalité de voix faible, l'utilisation d'une forte tonalité de voix pourrait donc briser la distance intime et permettrait de garder une certaine distance.

5 Synthèse du cadre de référence

Ainsi, nous avons vu dans une première partie ce qu'était la relation soignant-soigné, avec le rôle de chaque acteur, soit le soignant et le soigné et que cette relation était basée sur de la confiance. Nous avons ensuite expliqué que cette relation pouvait générer des émotions chez le soignant, parfois difficile à gérer et pour lesquelles il mettait parfois en place des mécanismes de défenses. Pour finir nous avons souligné le fait que ces émotions pouvaient aussi rendre

l'instauration d'une juste distance professionnelle plus compliqué mais qu'il existait des moyens pour les soignants qui permettaient de maintenir une distance professionnelle adaptée.

6 Enquête exploratoire

Suite à l'analyse de ma situation d'appel et aux données recueillies lors de l'élaboration de mon cadre conceptuel, j'ai pu orienter ma question de recherche : En quoi la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné peut-elle être altérée par les émotions du soignant ?

Cependant des interrogations concernant la distance professionnelle et les émotions du soignant restent en suspens. Afin d'essayer de répondre à ces interrogations, j'ai choisi d'enquêter sur le terrain auprès de différents professionnels. Leurs différentes expériences professionnelles ainsi que leur posture soignante pourront m'aider dans mes recherches.

6.1 Outil utilisé

J'ai choisi de mener six entretiens individuels semi directifs. Il s'agit d'une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions spontanés des personnes interrogées sur un sujet donné. À la différence d'un entretien directif, les questions posées lors d'un entretien semi-directif ne sont pas prédéfinies ou réalisées dans un cadre fermé, mais sont plutôt une aide pour accompagner les personnes interrogées dans leur réflexion sans s'éparpiller. Ce type d'entretien permet de poser un cadre tout en autorisant une liberté de parole. Mon but est de rendre ces entretiens vivants, basé sur un échange. Le face à face reste à mon sens, le meilleur moyen d'obtenir le ressenti de la personne interrogée. Afin de mener au mieux ces entretiens, j'ai défini un guide d'entretien (cf. Annexe I). Les entretiens seront enregistrés afin de permettre leur retranscription authentique plus facilement.

6.2 Population choisie

J'ai choisi d'interroger six infirmiers/infirmières diplômés de tout âge et sexe confondu travaillant dans deux secteurs différents :

- Trois infirmiers exerçants en EHPAD, où le contact avec les résidents est régulier et prolongé.
- Trois infirmiers exerçants dans un service de médecine où les soins sont généralement de courte durée.

Par ailleurs, dans la mesure du possible, il me semble intéressant de connaître les opinions de professionnels ayant des expériences plus ou moins importantes afin de mesurer si les émotions impactent leur pratique différemment.

6.3 Lieu d'investigation

La plupart de mes entretiens se sont déroulés dans les différents services des professionnels sur leur temps de travail, seulement deux des professionnels ont préféré me rencontrer en dehors de leur lieu de travail.

7 Synthèse des entretiens

À l'issue de mes entretiens, j'ai donc pu rencontrer six infirmiers/infirmières que je vais présenter brièvement.

7.1 Synthèse de l'entretien avec Stéphanie

J'ai tout d'abord rencontré Stéphanie, qui a 43 ans. Elle est diplômée depuis quatorze ans et elle exerce en EHPAD depuis sept ans. Avant d'être diplômée infirmière elle a travaillé quatre ans comme aide-soignante, cela fait donc 18 ans qu'elle travaille dans le milieu du soin. Nous pouvons dire qu'elle a de l'expérience. Concernant le sujet de la distance professionnelle et des émotions du soignant, elle est grandement concernée puisqu'elle prend en charge des patients durant des années et est confrontée régulièrement au deuil de ses patients. Au cours de cet entretien, nous constatons que Stéphanie est très impliquée dans sa relation avec le patient, pour elle la confiance et la communication sont primordiales. Pour elle la distance professionnelle est le fait de traiter tous les patients de la même façon. Elle laisse place à ses émotions tout en cherchant un juste milieu pour rester calme, posée, prendre sur soi et ne pas inquiéter le patient.

7.2 Synthèse de l'entretien avec Émilie

J'ai ensuite rencontré Émilie, âgée de 24 ans, qui est diplômée depuis juillet 2021 donc bientôt deux ans. Aimant le contact avec les personnes âgées, elle a directement travaillé en EHPAD après l'obtention de son diplôme. Elle n'a donc pas encore beaucoup d'expérience en tant que professionnelle mais elle est également très exposée au sujet de la distance professionnelle et des émotions du soignant. À la suite de cet entretien, nous observons qu'Émilie considère la confiance comme primordiale à la relation soignant-soigné. Elle accorde également beaucoup d'importance à l'expression des émotions mais sans se laisser submerger par celles-ci. Selon elle, la distance professionnelle est singulière à chaque personne et chaque relation.

7.3 Synthèse de l'entretien avec Céline

Céline a 56 ans, elle est infirmière en EHPAD. Elle est diplômée depuis 32 ans, avant de travailler en EHPAD elle a travaillé dans différents services de médecine, en SSR et en tant qu'infirmière libérale. Cela fait maintenant six ans qu'elle travaille en EHPAD. Elle a donc une grande expérience du métier. Au cours de son entretien, nous comprenons que pour Céline le

plus important dans la relation soignant-soigné est l'authenticité, nous comprenons également qu'elle a des difficultés avec la distance professionnelle et qu'elle pense ne pas toujours la respecter. Pour elle, il est impossible de cacher ses émotions aux patients.

7.4 Synthèse de l'entretien avec Marie

Marie a 53 ans, elle est infirmière en gastrologie. Elle est diplômée depuis 1992 soit depuis 31 ans. Elle travaille en service de médecine depuis 1997, avant de travailler en gastrologie, elle a travaillé dans différents services comme la chirurgie. Marie a donc beaucoup d'expérience également dans le milieu du soin, c'est une infirmière experte. Selon elle, l'élément indispensable à la relation soignant-soigné est l'empathie. Elle définit la distance professionnelle comme une barrière indispensable entre le patient et le soignant qui se fait par le port de l'uniforme professionnel, la blouse blanche et la mise du soignant dans le rôle d'un personnage qui a une mission à accomplir. Il lui arrive que ses émotions personnelles impactent sa relation au patient.

7.5 Synthèse de l'entretien avec Christian

Christian est âgé de 44 ans, il est diplômé depuis infirmier 22 ans et cela fait 13 ans qu'il travaille en service de chirurgie orthopédique. Christian a donc aussi une grande expérience du métier. D'après lui, la relation soignant-soigné est une relation d'empathie et de confiance qui dépend en grande partie du comportement du soignant. Il est d'avis de dire que la distance professionnelle est différente selon chaque patient et chaque professionnel, elle se fait au cas par cas et s'acquière avec l'expérience. Selon lui, nous pouvons et nous devons faire en sorte que nos émotions n'impactent pas la relation soignant-soigné en se mettant dans un rôle lorsque nous sommes au travail.

7.6 Synthèse de l'entretien avec Maude

Maude a 23 ans, elle est infirmière en hémodialyse, elle est diplômée depuis bientôt un an, c'est donc assez récent. Cela fait six mois qu'elle travaille en hémodialyse où elle a toujours travaillé hormis quelques missions en intérim dans d'autres services. Étant débutante dans sa profession, elle a encore peu d'expérience. Selon Maude, la relation soignant-soigné est variable en fonction du patient et du soignant et de leur personnalité mais aussi en fonction du moment. Pour elle la distance professionnelle est importante pour différencier la vie personnelle et la vie professionnelle ainsi que pour se protéger. Elle est contre le tutoiement des patients. L'environnement et l'entourage du soignant sont pour elle la base d'une bonne prise en charge des patients. D'après elle, les émotions du soignant, affectent forcément la relation soignant/soigné à des moments donnés.

8 Analyse

8.1.1 La relation soignant-soigné

J'ai dans un premier temps, souhaité introduire mon sujet avec une question inaugurale en demandant aux soignants ce qu'était selon eux la relation soignant/soigné.

Stéphanie définit cette relation comme une « relation de confiance » (l. 8), une « relation humaine » (l. 8), une « relation où l'on prend soin du soignant et du soigné » (l. 8-9) mais également comme une « relation conflictuelle » (l. 9).

Émilie, elle, la caractérise comme une « relation de confiance dans les deux sens » (l. 8).

D'après Céline, la relation soignant/soignée se définit comme « intense » (l. 9), « authentique » (l. 9), « pleine de bienveillance et d'empathie » (l. 10) et « d'écoute » (l. 10).

Selon Marie, il s'agit d'un « apport de soin à une personne qui a besoin d'être soignée » (l. 7-8), selon elle, c'est « un service » (l. 8), « une profession » (l. 8), « une relation qui est éphémère » (l. 8-9).

Pour Christian, la relation soignant/soigné correspond à « la base de la prise en charge du soigné et de l'implication du soignant » (l. 7), selon lui c'est une « relation d'empathie de la part du soignant » (l. 8) et « de confiance de la part du soigné » (l. 8).

Maude quant à elle, définit la relation soignant/soigné comme « hyper variable par rapports aux soignants et par rapports aux soignés » (l. 7-8), « tu ne vas pas avoir la même relation soignant/soigné avec une personne qu'avec une autre » (l. 8-9). D'après elle, la relation soignant/soigné serait « liée à l'âge » (l. 11), « aux expériences de vie » (l. 11), « aux choses que l'on peut aimer, que l'on peut avoir en commun » (l. 11-12). Elle explique que nous avons tendance à être plus proche des patients du même âge que nous, « tu as moins de barrières par exemple avec des patients qui sont plus jeunes, ils vont avoir plus de facilité à te parler » (l. 12-13). Selon elle, « la relation peut être hyper variable qu'importe qui tu es, à quel moment de ta journée tu es aussi » (l. 28-29), elle expose le fait que la relation soignant/soigné dépend aussi du moment, « si tu es à la fin de ta série de cinq jours, que tu en as bavé, tu ne vas pas avoir la même patience et la même relation avec les patients » (l. 29-30).

À cette question nous constatons qu'une notion ressort à plusieurs reprises. En effet selon Stéphanie, Émilie, Christian et Maude, la relation soignant/soigné serait une relation de confiance : « relation de confiance » (Stéphanie, l. 8), « Relation de confiance dans les deux sens » (Émilie, l. 8), « de confiance de la part du soigné » (Christian, l. 8), « confiance » (Maude, l. 37). Nous avons en effet, précédemment expliqué dans nos recherches qu'une relation de confiance était la base de la relation soignant-soigné. Nos résultats concernant la définition de la relation soignant-soigné d'après les soignants sont donc en adéquation avec nos recherches.

J'ai ensuite, cherché à savoir quels étaient d'après les soignants les éléments essentiels à la relation soignant/soigné.

Selon Stéphanie, les éléments essentiels sont la « confiance » (l. 18), la « communication » (l. 21), le fait de « savoir rassurer dans son dialogue » (l. 21), de « s'adapter en fonction des pathologies de chacun » (l. 21-22) et « rester calme, être doux, trouver le juste milieu » (l. 24).

Pour Émilie, ces éléments essentiels sont « la confiance » (l. 19), « les émotions » (l. 19), le fait de « savoir garder une distance mais tout en laissant parler ses émotions » (l. 21-22), le fait de

« faire preuve d'empathie » (l. 22), de « rester soi-même » (l.24), de ne pas « se laisser déborder par les émotions » (l. 25), de trouver « un juste milieu avec la distance et les émotions » (l. 26).

D'après Céline, le plus important dans la relation est « l'authenticité » (l. 13), « la vérité » (l. 13) et la sincérité (l. 13).

Selon Marie, les éléments essentiels sont « l'empathie » (l. 12), « le besoin d'apporter le soin à la personne malade » (l. 12) et d'après elle, il est important que ce soit « une vocation » (l. 12-13).

D'après Christian, ce sont les « conditions de travail » (l. 11), « l'empathie du soignant » (l. 11), « la confiance du soigné » (l. 11), « le sens de l'écoute du soignant » (l. 11-12), « le respect du soignant et du soigné » (l. 12), « l'explication de la prise en charge par le soignant » (l. 12-13) et « les connaissances du soignant » (l. 13).

Quant à Maude, il s'agit de « la confiance » (l. 39), « je ne vais pas avoir la même relation avec quelqu'un en qui je peux avoir confiance » (l. 40), mais aussi « l'écoute » (l. 50), « l'attention » (l. 57) et le fait de prendre le temps pour le patient « qui a pris le temps de lui expliquer, de rigoler » (l. 70).

Parmi les éléments essentiels à la relation soignant/soigné, nous constatons que l'authenticité est un des éléments qui revient à plusieurs reprises dans nos entretiens. En effet, Céline nous dit que « l'authenticité » (l. 13), « la vérité » (l. 13) et la sincérité (l. 13) sont selon elle les éléments essentiels à cette relation, tout comme Émilie nous dit que l'important est de « rester soi-même » (l. 24).

L'authenticité n'est pas un élément dont nous avons parlé dans notre cadre référentiel mais au vu de nos réponses, il va de soi qu'il s'agit également d'un élément essentiel à la relation soignant/soigné dont nous aurions pu traiter.

La notion d'empathie également, est une qualité qui revient de nombreuses fois dans nos réponses concernant la définition et les éléments essentiels de la relation soignant/soigné. En effet, Émilie nous dit qu'il est important de « faire preuve d'empathie » (l. 22), tout comme Marie et Christian nous disent que l'empathie est indispensable à cette relation soignant/soigné : « l'empathie » (Marie, l. 12), « l'empathie du soignant » (Christian, l. 11). Céline également, définit la relation soignant/soigné comme « pleine de bienveillance et d'empathie » (l. 10).

Nous avons en effet vu précédemment dans le cadre de référence que l'empathie constituait en grande partie la relation d'aide et donc la relation soignant/soigné.

Nous constatons au même titre que l'écoute est citée plus d'une fois parmi les éléments essentiels à la relation soignant/soigné : « l'écoute » (Maude, l. 50), « le sens de l'écoute du soignant » (Christian, l. 11-12), « d'écoute » (Céline, l. 10).

Nous avons également vu précédemment que l'écoute était utilisée dans la relation soignant/soigné par le soignant. En effet Carl ROGERS parle d'une écoute silencieuse qui accepte le message du patient sans l'interrompre.

J'ai alors par la suite souhaité savoir à contrario les éléments qui pourraient impacter la relation soignant/soigné.

Les éléments qui pourraient impacter cette relation soignant-soigné sont d'après Stéphanie, « un manque de patience » (l. 27), le fait de brusquer le patient, « si l'on brusque le patient » (l. 28). Elle affirme que « cela engendre une perte de confiance » (l. 29-30). Également le fait de ne pas savoir prendre sur soi et de laisser paraître ses émotions. En effet, elle exprime le fait qu'il est important pour elle de savoir « prendre sur moi » (l. 31), et de ne pas « montrer au patient que je suis submergée par l'énervement ou l'agacement » (l. 32). Elle appuie aussi sur « une mauvaise communication » (l. 35) qui pourrait détériorer la relation.

Pour Émilie, ce qui pourraient impacter la relation est de « se laisser déborder par ses émotions » (l. 28), d'avoir « trop d'émotions » (l. 28-29), de ne pas « savoir faire la part des choses entre le travail et le privé » (l. 30), de ne pas « savoir faire la différence » (l. 32), de « ramener le travail dans tes problèmes personnels et que cela empiète sur ta vie personnelle » (l. 33-34), aussi, « si le soignant ne lâche pas prise du travail au domicile » (l. 34-35), s'il a tendance à « garder tout » (l. 35), à « toujours ramener au travail » (l. 37), à « ne pas savoir mettre un stop aux émotions que tu as eu au travail et à celles dans le privé » (l. 38-39) ou s'il n'a « pas déconnecté » (l. 36).

Selon Céline, la relation soignant/soigné peut être impactée « quand l'on fait un transfert » (l. 15), « quand la situation te rappelle quelque chose de ton expérience personnelle » (l. 15-16).

D'après Marie, elle peut être impactée par « la charge de travail » (l. 14), et le manque de temps, « des fois on n'a pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients » (l. 14-15).

Pour Christian, les éléments qui pourraient impacter la relation sont « le comportement du soignant et du soigné » (l. 15), « la méconnaissance du soignant » (l. 15), « les différentes orientations religieuses du soigné » (l. 15-16), « l'inexpérience du soignant » (l. 16), « l'impatience et l'exigence du soigné » (l. 16-17), « les conditions de travail » (l.17), « le manque de personnel » (l. 17-18) et le « temps » (l. 18).

Enfin, d'après Maude, ce qui impacte le plus la relation soignant/soigné sont « la charge de travail » (l. 14), le manque de temps « des fois on n'a pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients » (l. 14-15).

Parmi les réponses des soignants concernant les éléments qui pourraient impacter la relation soignant/soigné, nous constatons des similitudes. En effet, Stéphanie aborde le fait de ne pas savoir prendre sur soi et de laisser paraître ses émotions, elle exprime qu'il est important de savoir « prendre sur moi » (l. 31), et de ne pas « montrer au patient que je suis submergée par l'énervement ou l'agacement » (l. 32). Émilie, tout comme elle, explique que pour ne pas impacter cette relation soignant/soigné, le soignant ne doit pas « se laisser déborder par ses émotions » (l. 28), avoir « trop d'émotions » (l. 28-29).

Ces réponses correspondent à nos recherches faites auparavant, en effet nous avons vu que beaucoup d'auteurs étaient d'avis de dire que le soignant ne devait pas se laisser envahir et submerger par ses émotions au risque d'impacter la relation soignant/soigné.

Nous observons pareillement, que le sujet des conditions de travail et du manque de temps revient de nombreuses fois. En effet, d'après Marie ce sont les principaux éléments qui pourraient impacter la relation soignant/soigné : « la charge de travail » (l. 14), « des fois on n'a pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients » (l. 14-15). Christian est également du même avis puisqu'il cite « les conditions de travail » (l. 17), « le manque de personnel » (l. 17-18) et le « temps » (l. 18) tout comme Maude « la charge de travail » (l. 14), « des fois on n'a pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients » (l. 14-15).

Le sujet des conditions et de la charge de travail n'a lui, pas été traité dans notre cadre conceptuel mais nous constatons au vu des réponses de nos entretiens qu'il aurait été judicieux d'en parler. En effet, le manque de temps, de personnel ainsi qu'une charge de travail trop importante pourrait fortement impacter la relation soignant/soigné.

8.1.2 La distance professionnelle

Dans un deuxième temps, afin d'avoir des réponses au sujet de la distance professionnelle, j'ai demandé aux soignants de définir ce qu'elle était selon eux.

Stéphanie, la définit comme le fait de « ne pas faire de différence entre chacun (l. 41-42) et de « traiter tous les patients de la même façon » (l. 42).

Selon Émilie, « il n'existe pas de vraie distance » (l. 44), « il n'y a pas une distance professionnelle » (l. 44), « elle va s'adapter à chaque patient » (l. 45), « elle ne va pas être la même pour tout le monde » (l. 45), « pour chaque professionnelle elle va être différente » (l. 46), « envers chaque patient elle sera différente » (l. 46), « cela dépend de la prise en charge des patients » (l. 50), « la distance, elle s'adapte » (l. 55-56), « en fonction de la demande du patient » (l. 56).

Pour Céline, la distance professionnelle se définit par le fait d'essayer « de ne pas transférer quoique ce soit dans la relation » (l. 20-21), le fait de « prendre l'autre tel qu'il est » (l. 21), et de donner « des conseils ou des explications qui soient vraiment théorique, sans trop de vécu personnel » (l. 22).

D'après Marie, « c'est le fait que chacun soit à sa place » (l. 17), « la personne a besoin de soins et nous on a un uniforme professionnel » (l. 17-18), « c'est comme si on mettait un masque le matin » (l. 18), « on doit faire un peu abstraction de nos vies » (l. 19), « c'est une barrière » (l. 20).

Christian, lui, affirme que la distance professionnelle peut être « assimilée à l'empathie » (l. 20), selon lui, « c'est le savoir être » (l. 20), « elle peut être différente d'un patient à un autre pour un soignant » (l. 21-22), il explique, qu'elle peut être « large avec un patient » (l. 22) et « rapprochée avec un autre patient » (l. 23). D'après lui, elle dépend des « affinités » (l. 24), des « points communs » (l. 24), et de la « confiance » (l. 24) entre le soignant et le soigné, « elle est aléatoire » (l. 26), « au cas par cas » (l. 26), « elle est variable » (l. 26).

Quant à Maude, selon elle, « c'est le fait de savoir que tu es au travail » (l. 101), « ta vie personnelle n'a pas à rentrer en lien avec ton travail et inversement » (l. 101-102), d'après elle, « il y a certains stades » (l. 111-112), « il y a des choses de ta vie personnelle que tu ne vas pas amener au travail » (l. 112), « c'est chacun son degrés » (l. 114). Elle explique qu'elle est

« contre le fait de tutoyer des patients au travail, même des jeunes » (l. 114) mais qu'il « faut garder ce côté très humain » (l. 134).

Nous constatons à travers les différentes réponses des soignants à nouveau des similitudes, en effet, Émilie et Christian affirment autant l'un que l'autre que la distance professionnelle ne sera pas la même selon le soignant et le patient. Émilie explique qu'elle « va s'adapter à chaque patient » (l. 45), « elle ne va pas être la même pour tout le monde » (l. 45), « pour chaque professionnel elle va être différente » (l. 46), « envers chaque patient elle sera différente » (l. 46), « cela dépend de la prise en charge des patients » (l. 50), tout comme Christian qui dit qu'elle « peut être différente d'un patient à un autre pour un soignant » (l. 21-22), qu'elle peut être « large avec un patient » (l. 22) comme « rapprochée avec un autre patient » (l. 23). D'après lui, elle dépend des « affinités » (l. 24), des « points communs » (l. 24), et de la « confiance » (l. 24) entre le soignant et le soigné, « elle est aléatoire » (l. 26), « au cas par cas » (l. 26), « elle est variable » (l. 26).

Nous avons en effet vu dans le cadre conceptuel que chaque relation soignant/soigné et donc chaque distance professionnelle était singulière en fonction du soignant et du soigné.

J'ai ensuite demandé aux soignants ce qui selon eux pourrait impacter la distance professionnelle.

Selon Stéphanie, les éléments qui pourraient impacter la distance professionnelle sont le fait « de s'attacher et de ne pas réussir à garder cette relation comme professionnelle » (l. 44-45), de « faire trop de lien avec ton vécu personnel » (l. 45). Elle insiste sur le fait qu'une « bonne communication dans l'équipe » (l. 52) est essentielle, le cas contraire pourrait avoir un impact sur la distance professionnelle.

Pour Émilie, ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle sont « la demande du patient » (l. 58), « le transfert » (l. 58), ou le « contre-transfert » (l. 68) « que ce soit par rapport à nos expériences professionnelles ou personnelles qu'on a pu avoir au cours de notre vie, qu'on soit jeune ou moins jeune » (l. 58-60). Si les patients sont « des gens qui peuvent nous faire penser à des gens de notre famille » (l. 67) ou s'ils « nous rappellent quelqu'un que l'on apprécie » (l. 70).

D'après Céline, ce serait surtout « le transfert » (l. 27), « si tu as l'impression que cela pourrait être ta fille ou ta mère » (l. 27-28).

Pour Marie, ce qui peut impacter cette distance est « Le fait de faire des transferts » (l. 32), « quand je reçois par exemple un patient qui a un enfant du même âge que le miens » (l. 32-33), « quand je prends en soin un enfant de l'âge du miens » (l. 33-34), elle parle également, « des liens qui peuvent se créer » (l. 34-35).

Christian pense que « L'inexpérience » (l. 30), le « stress » (l. 30), « l'émotivité » (l. 31), « la méconnaissance » (l. 32) et « l'ignorance du soignant et du soigné » (l. 32) sont les principaux éléments qui pourraient impacter la distance professionnelle.

D'après Maude, ce serait surtout « la situation » (l. 138), le fait de ne pas être bien entouré « si déjà tu n'es pas entouré toi dans ta vie professionnelle » (l. 139-140), de ne pas extérioriser « si tu n'as pas des gens à qui tu peux te confier » (l. 140), aussi « l'environnement du travail » (l. 146), « si tu es dans un environnement de travail très hostile ou il n'y a pas d'entraide d'équipe » (l. 146-147), s'il n'y a pas « de communication » (l. 148), également « la blouse blanche » (l. 150) car selon elle, « la blouse blanche ça rassure et ça fait peur en même temps » (l. 150-151), « d'un côté tu as la confiance ultime en le médecin et l'infirmière parce qu'ils portent la blouse blanche mais d'un autre côté tu ne vas pas pouvoir leur dire les mêmes sentiments qu'avec quelqu'un de lambda » (l. 154-156). Elle nous parle aussi du « rapport avec la famille » (l. 157), de « l'entourage » (l. 159) et « toutes les personnes autour du patient » (l. 159-160).

À cette question, la notion de transfert est reprise plusieurs fois, « le transfert » (Émilie, l. 58), « le transfert » (Céline, l. 27), « le fait de faire des transferts » (Marie, l. 32). Ces réponses sont effectivement en corrélation avec nos recherches précédentes.

Effectivement, nous avons vu que la difficulté à trouver une juste distance professionnelle pouvait être accentuée par un transfert de la part du patient et également un contre transfert de la part du soignant en réponse à ce transfert.

Pour conclure avec le sujet de la distance professionnelle, j'ai fini par demander aux soignants ce qui leur permettaient de garder une distance professionnelle adaptée si c'était le cas.

D'après Stéphanie, les éléments qui permettraient de garder une distance professionnelle adaptée seraient « l'expérience » (l. 55), « la personnalité » (l. 55) et le fait de toujours vouloir prendre soin du patient (l. 56-57).

Émilie pense que c'est surtout « l'expérience » (l. 73), elle l'explique qu'elle « permet d'avoir un certain recul » (l. 76) ainsi que « le fait de gérer ses émotions » (l. 76-77).

Céline, avoue ne pas savoir car elle pense ne pas la garder, « je ne sais pas si je la garde tout le temps, non je pense que je suis souvent très proche des patients » (l. 32-33).

Pour Marie, ce qui permet de garder une distance professionnelle adaptée est « le fait de mettre sa vie privée de côté » (l. 24), « de ne pas avoir d'échange personnel » (l. 24), « de se réfugier derrière un objectif à accomplir » (l. 26-27), « de porter un uniforme » (l. 28), de faire « comme si on allait rentrer dans une pièce de théâtre » (l. 28-29) et se mettre dans un rôle, « on se met dans un rôle ou l'on devient le soignant, comme un acteur, on est acteur du soin » (l. 29-30).

Selon Christian, c'est « l'expérience » (l. 35), « les connaissances » (l. 35), « les compétences » (l. 35-36) et « l'habitude » (l. 36) qui aiderait à garder une distance professionnelle adaptée.

Enfin d'après Maude, ce serait « la conscience professionnelle » (l. 163-164), le choix des limites de chacun des soignants, « je me l'interdis parce que je veux garder ce côté travail et que cela ne vienne pas impacter mon quotidien » (l. 166-167), le fait de se « protéger » (l. 169), de ne pas parler de tout avec ses patients « toute chose n'est pas bonne à dire » (l. 170), « ils n'ont pas besoin de savoir » (l. 171-172), « à toi de te dire qu'est-ce que je fais, dans quel but je le fais et qu'est-ce que j'attends derrière » (l. 173-174). Elle parle aussi des moments de partages entre collègues « tous les moments où tu vas partager avec tes collègues » (l. 175), « les moments où tu vas te retrouver qu'entre collègues ou tu vas rire, décompresser » (l. 176-177), de l'importance d'être entouré, « le fait de se sentir entouré » (l. 178-179) et de pouvoir en parler, « de sentir que si tu veux en parler tu peux » (l. 179), de « savoir décompresser » (l. 181), « détendre l'atmosphère par moment » (l. 182-183), « relativiser sur la situation » (l. 184-185) et enfin de pouvoir « avoir confiance en ses collègues » (l. 186-187).

Nous constatons à la suite des différentes réponses, que la notion de l'expérience est reprise plusieurs fois, « l'expérience » (Stéphanie, l. 55), « l'expérience » (Émilie, l. 73), « l'expérience » (Christian, l. 35).

Nous n'avons pas cité la notion de l'expérience dans notre cadre de référence mais il est évidemment que celle-ci permet au fur et à mesure du temps d'apprendre et de s'adapter afin de devenir un meilleur soignant pour le patient mais également pour soi afin de se préserver en trouvant une juste distance professionnelle.

8.1.3 Les émotions du soignant

Enfin, pour finir, afin d'avoir des réponses sur le sujet des émotions du soignant, j'ai demandé aux soignants interrogés s'ils pensaient que leurs émotions personnelles pouvaient impacter la relation soignant/soigné. Dans le cas d'une réponse positive je leur ai demandé de me raconter une situation professionnelle où leurs émotions ont pu impacter leur relation au patient. Dans le cas d'une réponse négative, je leur ai alors demandé d'expliquer comment ceux-ci faisaient pour que leurs émotions n'impactent pas leur travail.

Suite à leurs réponses, nous constatons que les soignants interrogés sont presque à l'unanimité d'accord sur un point, le fait que les émotions personnelles puissent impacter la relation soignant/soigné. En effet, à cette question, ils sont cinq sur six à avoir répondu oui : « oui » (Stéphanie, l. 65), « oui » (Émilie, l. 80), « oui » (Céline, l. 40), « oui je pense » (Marie, l. 38), « c'est certain » (Maude, l. 190). Seul Christian, fut d'un autre avis, « non, je fais en sorte que non » (l. 39). Nous constatons également, que le point de vue des interrogés au regard de l'impact des émotions du soignant sur la relation soignant/soigné est en corrélation avec nos recherches faites auparavant dans le cadre référentiel.

8.2 Limites de l'enquête

L'enquête réalisée présente néanmoins des limites, certains points comme le nombre d'entretien, le type de professionnels interrogé, leur qualité ainsi que l'outil de l'entretien semi directif, nous empêche d'avoir une vision complète. En effet, la réalisation de seulement six entretiens ne permet pas d'obtenir une vision qui reflète la réalité. Pour cela, il aurait fallu réaliser un plus grand nombre d'entretiens afin d'avoir une vision globale se rapprochant plus de la réalité. Aussi, le fait d'avoir réduit le champ des professionnels interrogés à seulement des infirmiers exerçant en EHPAD ou en service de médecine, ne permet pas un reflet des pratiques de l'ensemble des soignants. Également certains entretiens furent plus brefs que d'autres, nous apportant donc moins de réponses à nos questions. Enfin, l'outil de l'entretien semi directif fait parfois, que les réponses des professionnels ne sont pas toujours en lien avec les questions

posées. Cela peut être due à une incompréhension de la question de la part des interrogés ou à une mauvaise formulation de la question.

9 Problématique

Grâce aux entretiens réalisés avec les soignants, j'ai pu confronter les recherches de mon cadre de référence avec le discours des professionnels interrogés.

Cela m'a permis d'identifier des éléments qui n'ont pas été traités dans mes recherches et donc d'enrichir mes connaissances sur le sujet de mon travail.

Tout d'abord, en ce qui concerne la relation soignant/soigné, j'ai pu constater que tout comme nous l'avons vu dans notre cadre de référence, la relation de confiance est selon les soignants le fondement de la relation soignant/soigné.

En effet, nous avons vu que d'après LEFÈVRE, la relation de confiance, constituait l'un des principaux concepts caractérisant la relation soignant/soigné.

Nous avons également vu que d'après FORMARIER, « *un patient qui a établi une relation de confiance avec une infirmière sera plus enclin à lui parler de sujets délicats et à accepter de se faire aider* ».

Les résultats concernant la définition de la relation soignant-soigné d'après les soignants sont donc en adéquation avec nos recherches, la relation soignant/soigné repose bien sur une relation de confiance.

En revanche concernant les éléments essentiels à la relation soignant/soigné, ce qui ressort le plus est l'authenticité, or il ne s'agit pas d'un élément dont nous avons parlé dans notre cadre référentiel mais au vu de nos réponses, il est intéressant de s'y pencher et de se demander en quoi l'authenticité est un élément essentiel à la relation soignant/soigné.

Ce qui ressort également à ce sujet est l'empathie qui comme nous l'avons dit dans notre cadre de référence constitue en grande partie la relation d'aide et donc la relation soignant/soigné.

Enfin comme nous l'avons vu dans notre cadre, j'ai également constaté que l'écoute est reprise plusieurs fois par les soignants, en effet celle-ci est grandement utilisée dans la relation

soignant/soigné par le soignant, Carl ROGERS parle d'une écoute silencieuse qui accepte le message du patient sans l'interrompre.

Par la suite, nous avons vu qu'au même titre que beaucoup d'auteurs, la plupart des soignants interrogés, étaient d'avis de dire qu'il ne fallait pas se laisser envahir et submerger par ses émotions au risque d'impacter la relation soignant/soigné.

En effet, nous avons vu précédemment au cours de nos recherches d'après M. SCHACHTEL que « *L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié* » ou encore d'après Claudine CARILLO que le soignant doit essayer « *d'apprendre à mieux maîtriser ses émotions, à les contenir et, avec l'expérience, à les ressentir sans les manifester* ».

J'ai également observé que le sujet des conditions de travail et du manque de temps revenait de nombreuses fois. Ce sujet n'a lui pas été traité dans notre cadre conceptuel mais nous constatons au vu des réponses de nos entretiens qu'il serait intéressant de s'interroger dessus et de se demander si le manque de temps, de personnel ainsi qu'une charge de travail trop importante pouvait impacter la relation soignant/soigné.

Ensuite, concernant la distance professionnelle, nous avons observé que tout comme nous l'avons dit dans notre cadre conceptuel que chaque relation soignant/soigné et donc chaque distance professionnelle était singulière et subjective en fonction du soignant et du soigné.

En ce qui concerne les éléments qui pourraient impacter la distance professionnelle, nous avons vu que les soignants étaient nombreux à parler d'un possible transfert ou contre transfert, sujet dont nous avons parlé dans notre cadre de référence. En effet, nous avons vu que trouver une juste distance professionnelle pouvait s'avérer encore plus compliqué lorsque la notion de transfert ou de contre transfert de la part du soignant en réponse à ce transfert rentrait en jeu.

Pour finir concernant la distance professionnelle, par rapport à ce qui permettrait aux soignants de garder une distance professionnelle adaptée, nous avons observé que la notion de l'expérience ressortait de nombreuses fois. Il ne s'agit pas d'une notion dont nous avons parlé dans notre cadre de référence mais il aurait été intéressant de s'interroger dessus et de se

demander comment l'expérience, permet au fur et à mesure du temps d'apprendre à garder une distance professionnelle adaptée.

En effet, il est évidemment que l'exercice de la profession permet petit à petit de gagner en expérience et de devenir un meilleur soignant mais on pourrait se demander quel est le type d'expérience qui permettrait au soignant d'apprendre à garder une distance professionnelle adaptée.

Enfin, concernant les émotions du soignant, nous avons observé grâce aux entretiens que les émotions personnelles pouvaient impacter la relation soignant/soigné, ce qui est en adéquation avec nos recherches faites dans le cadre référentiel.

Au cours de ces entretiens, j'ai donc pu voir que la relation soignant/soigné se fondait sur une relation de confiance, mais aussi sur l'authenticité, l'empathie et l'écoute. J'ai également pu constater que la charge de travail et le manque de temps des soignants pouvaient grandement impacter la relation soignant/soigné. Enfin j'ai constaté que la distance professionnelle était singulière et variable suivant les personnes concernées, qu'elle pouvait être altérée par les émotions du soignant ainsi que la présence de mécanismes tel que le transfert et le contre transfert et que l'élément principal qui permettait de garder une distance professionnelle adaptée était l'expérience.

Pour aller plus loin dans la réflexion autour de la charge de travail et du manque de temps, on pourrait se poser la question suivante : **En quoi la charge de travail et le manque de temps pourraient impacter la relation soignant/soigné ?**

10 Conclusion

Ainsi s'achève mon travail de fin d'étude. Celui-ci fut une longue année de travail, de recherches et de réflexion. Il marque la fin d'un chapitre regroupant ces trois années de formation au cours desquelles j'ai pu grandir que ce soit professionnellement comme personnellement.

Tout a commencé avec cette situation d'appel qui m'a marqué et a suscité en moi de nombreuses questions. Suite à cela j'ai réalisé mon questionnement qui m'a amené à ma question de recherche suivante : En quoi la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné peut-elle être altérée par les émotions du soignant ?

Afin de répondre à cette question, j'ai alors réalisé mon cadre de référence en m'appuyant sur différentes recherches et lectures d'ouvrages et d'articles concernant la relation soignant/soigné, la distance professionnelle et les émotions du soignant.

Après la réalisation de mon cadre théorique, j'ai créé un guide d'entretien qui m'a permis de réaliser mes entretiens auprès des soignants. J'ai au total réalisé six entretiens, trois auprès d'infirmières travaillant en EHPAD et trois auprès d'infirmiers exerçant en service de médecine.

Grâce à ces entretiens j'ai tout d'abord pu confronter les idées et les pratiques des soignants entre eux afin de voir s'ils partagés les mêmes perceptions, puis j'ai pu confronter la théorie de mon cadre de référence avec la pratique réelle des soignants sur le terrain.

Certaines idées se sont avérées être identiques et puis d'autres qui n'étaient pas présentes dans le cadre théorique on put ressortir de ces entretiens et amener à d'autres interrogations.

Cela a mis en évidence plusieurs notions comme le fait la relation soignant/soigné est fondée sur une relation de confiance ainsi que sur l'authenticité, l'empathie et l'écoute et que celle-ci peut être impactée par la charge de travail et le manque de temps des soignants.

Mais aussi, que la distance professionnelle est singulière et subjective suivant les personnes concernées, qu'elle peut être altérée par les émotions du soignant et la présence de mécanismes tel que le transfert et le contre transfert.

Enfin, l'expérience est l'élément fondamental afin de garder une distance professionnelle adaptée.

A la suite de ces constatations, j'en suis venue à me poser la question suivante : En quoi la charge de travail et le manque de temps pourraient impacter la relation soignant/soigné ?

11 Bibliographie

Les ouvrages :

- BIOY, A., BOURGEOIS, F., et NEGRE I., (2009). *Communication soignant-soigné, Repères et pratiques* (2^{ème} édition). Paris, France : Edition Bréal.
- CHAPOT, D. *Emois en moi. Se réconcilier avec ses émotions*. Paris : Seuil, 2005.
- CUDRÉ, D. *Quand les infirmières racontent des émotions...Au cœur d'une posture professionnelle authentique*.
- CURCHOD, C. *Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits*. France : Elsevier Masson.
- DELAY, J. *Les dérèglements de l'humeur*. Paris : PUF, 1946.
- DESHAYS, Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. 1^{ère} édition. France : InterEditions. 210. 204 pages.
- FACON DUTRUC, Nathalie. *Identification et distance professionnelle*. Soins Aides-soignantes, numéro 30, Octobre 2009.
- FORMARIER, M., JOVIC, L. (2009). *Les concepts en soins infirmiers*. Lyon : Mallet Conseil.
- *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris 1991
- HALL, E.T. (1986) *La dimension cachée*. Paris, France.
- HASBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson.
- KERNBERG, O. *Les troubles limites de la personnalité*, Dunod, Paris, 1997, pages 77 à 97.
- LELORD, F. ANDRE, C. *La force des émotions : Amour Joie et Colère*. Edition Odile Jacob, 2001.
- *Le Petit Larousse*. (2022). Paris, France : Larousse.
- *Le Robert*. (2022). Paris, France.
- MANOUKIAN, A., MASSEBEUF, A. (2008) *La relation soignant-soigné*. 3^{ème} édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Collection soigner et accompagner).
- MERCADIER, C. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*.
- MORFAUX, L.M. *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Collin, 1980, pages 372.
- PAUL, M. *La démarche d'accompagnement*. Paris, France : De Boeck supérieur. 2016.

- PHANEUF, M. *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement*. 1^{ère} édition. Canada : Chenelière Education. 2011. 306 pages.
- PITARD, L. PERUZZA, E., et CLARET, N. *Soins de confort et de bien-être-Soins relationnels-Soins palliatifs et de fin de vie*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson. 2010.
- POTIER, M. *Dictionnaire Encyclopédique des soins infirmiers*. France : Lamarre. (2002).
- PRAYEZ, P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^{ème} édition. France : Lamarre. 2009. 287 pages.
- ROSENFELD, I. *Une anatomie de la conscience*. France : Flammarion.
- SCHACHTEL, M. *J'ai voulu être infirmière*, 1991
- VANOVERBEKE, Christine. *Accompagner sans se perdre*. Santé mentale, numéro 100, Septembre 2005.

Les articles :

- CARILLO, Claudine. *Stress et émotions, entre débordement et hyper-protection*, In Soins. Avril 2011, Vol 56-n°754, pages 61-62
- CHABROL, H. *Les mécanismes de défense*.
- GERARDIN, Pascale. *Le soin relationnel en gériatrie*. Soins Gérontologie, numéro 86, 2010, pages 24 à 26
- HEFEZ, S. *Contre-transfert et résonance : le thérapeute en présence du patient*.
- JORLAND, G. *Empathie et thérapeutique*.
- LANGLOIS, G. *De l'émotion dans le soin*. L'infirmière magazine.
- MALABEUF, L. (1992). *La relation soigné-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins Formation Pédagogie, numéro 4, pages 4 à 7.
- MICHON, F. *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. Soins, numéro 773, Mars 2013, pages 32 à 34.
- PHANEUF, M. *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* Mars 2018.
- TRUC H., ALDERSON M., THOMPSON M. *Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept*. 2009

Textes législatifs :

- BERGER LEVRAULT, Formations des professionnels de santé : Profession infirmier

Les articles internet :

- CAIRN INFO sur : <https://www.cairn.info>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- SIMON, Edith. *Empathie*. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>

12 Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Retranscription littérale des entretiens.....	II
Annexe III : Grille d'analyse des entretiens.....	XXIV
Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	LVI

Annexe I : Guide d'entretien

Question inaugurale :

- Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?

Thème : Relation soignant/soigné

- Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?
- Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?

Thème : Distance professionnelle

- Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?
- Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?
- Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?

Thème : Émotions du soignant

- Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?
- Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle où vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?
- Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?

Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

Entretien avec Stéphanie, infirmière en EHPAD

1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Stéphanie de m'accorder de votre temps pour cet entretien.
2 Pouvez-vous commencer par vous présenter ?

3 **Stéphanie** : Alors oui donc je m'appelle Stéphanie, j'ai 43 ans et je suis diplômée infirmière
4 depuis quatorze ans et avant ça j'ai été aide-soignante pendant quatre ans. Cela fait sept ans que
5 je travaille en EHPAD.

6 **Victoria** : D'accord très bien merci. Pour commencer comment définiriez-vous la relation
7 soignant-soigné ?

8 **Stéphanie** : C'est une relation de confiance, une relation humaine, une relation où on prend
9 soin du soignant et du soigné mais cela peut être à la fois une relation conflictuelle car en
10 structure nous sommes dans l'obligation de faire un soin, on ne peut pas accepter le refus de
11 soin très longtemps, ce qui peut devenir conflictuel avec le patient. Et en même temps le
12 soignant à une position professionnelle où il doit se faire respecter donc cela peut générer des
13 conflits en fonction des caractères de chacun. Si on a quelqu'un de docile en face de soi tout va
14 bien se passer mais si l'on a en face quelqu'un qui n'a pas envie de se faire soigner ou qui vient
15 de rentrer en structure cela peut être compliqué.

16 **Victoria** : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant-
17 soigné ?

18 **Stéphanie** : Premièrement la confiance est primordiale, si l'on n'a pas confiance l'un envers
19 l'autre cela ne peut pas marcher. Si le patient n'a pas confiance en son patient et si le patient
20 n'a pas confiance en son soignant, il n'acceptera rien, il n'acceptera pas les soins. Aussi la
21 communication, le fait de savoir rassurer dans son dialogue car il est nécessaire de s'adapter en
22 fonction des pathologies de chacun. En effet si l'on est face à un patient atteint d'une maladie
23 d'Alzheimer, on ne va s'exprimer de la même façon que face à un patient qui a encore toute sa
24 tête et son autonomie. Il faut rester calme, être doux, trouver le juste milieu car il faut se mettre
25 à leur place et à la place de leurs inquiétudes car pour eux tout est nouveau.

26 **Victoria** : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?

27 **Stéphanie** : Un manque de patience, car si l'on perd patience, tout le travail réalisé avant peut
28 se perdre. Si l'on brusque le patient, c'est ce qui est compliqué en EHPAD et peut amener à de
29 la maltraitance qu'elle qu'elle soit, soit verbale, soit physique. Cela engendre une perte de
30 confiance. C'est en fonction du caractère de chacun, moi je suis quelqu'un de posé, de doux, je
31 réfléchis avant de parler, j'arrive à prendre sur moi, pour ne pas montrer au patient que je suis
32 submergée par l'énervement ou l'agacement. Des fois tu peux avoir des patients qui n'arrêtent
33 pas de sonner sans raison, mais il ne faut surtout pas leur montrer que tu es énervée et agacée
34 car sinon tu peux générer du stress chez eux et au final cela va accentuer leurs inquiétudes. Une
35 mauvaise communication aussi pourriez impacter la relation.

36 **Victoria** : Que représente pour vous la distance professionnelle ?

37 **Stéphanie** : La distance professionnelle elle est très importante dans le respect des deux
38 personnes. Il est important d'avoir une bonne distance car d'autant plus en EHPAD, on peut
39 s'attacher à une personne plus qu'à une autre mais on ne peut pas agir différemment avec l'une
40 et avec l'autre. Forcément on peut prendre plus de plaisir à aller vers une personne avec qui on
41 a plus d'affinité que vers une autre mais en même temps la bonne distance c'est de ne pas faire
42 de différence entre chacun. Il est important de traiter tous les patients de la même façon.

43 **Victoria** : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?

44 **Stéphanie** : De s'attacher et de ne pas réussir à garder cette relation comme professionnelle, à
45 faire trop de lien avec ton vécu personnel. Il faut éviter d'avoir trop d'affect mais en soit, on ne
46 peut pas ne pas en avoir sinon on n'est pas humain. Nous en EHPAD, on côtoie quand même
47 beaucoup la mort, on côtoie les familles et du coup, par exemple quand on a quelqu'un qui
48 décède et que la famille vient veiller la nuit et bien on doit gérer le patient et la famille du patient
49 et nous on doit rester humble, ne pas prendre partit. Après des fois on a des patients qui restent
50 dix ans dans la structure donc forcément il y en a qui nous touche plus que d'autre et qui nous
51 font réfléchir mais après il faut en parler dans l'équipe pour ne pas rester avec ça, que ce soit
52 bon ou mauvais. S'il n'y a pas une bonne communication dans l'équipe, ou on peut parler de
53 ce qu'on ressent, cela impacte sur tout ça.

54 **Victoria** : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?

55 **Stéphanie** : L'expérience. La personnalité aussi y joue beaucoup. On ne peut pas agir de la
56 même manière en début de carrière que quinze ans après. Le fait de toujours vouloir prendre
57 soin du patient aussi, si on sature et qu'on se lasse de son métier on n'arrive plus à gérer tout

58 ça. La lassitude fait que l'on peut complètement dévier de ce qu'on avait en projet pour départ.
59 Il y a une remise en question permanente, et il faut savoir le partager pour justement éviter de
60 dévier. C'est le prendre soin du soignant et du soigné. Il faut toujours penser à quel impact cela
61 peut avoir pour le patient et pour soi-même car si on ne prend pas soin de nous et que l'on finit
62 par ne pas aller bien, on ne va pas pouvoir bien s'occuper des patients.

63 **Victoria** : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation
64 soignant/soigné ?

65 **Stéphanie** : Oui

66 **Victoria** : D'accord donc si oui, pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos
67 émotions ont pu impacter votre relation au patient ?

68 **Stéphanie** : Alors oui, donc il y a une situation qui s'est passée la nuit lorsque je ne travaillais
69 pas. J'ai une collègue de travail, donc une autre infirmière qui était en poste avec une aide-
70 soignante remplaçante. Cette nuit-là, une patiente qui était plus ou moins autonome, qui avait
71 toute sa tête et pas de soins particuliers à part l'oxygène et avec qui on avait l'habitude de passer
72 un moment le soir pour discuter. Donc ce soir-là, elles l'ont couché car on l'avait l'habitude de
73 simplement l'aider à se coucher et aux alentours de cinq heures car la nuit il y a deux tours, un
74 à 21h et un à 5h du matin, cette patiente était dans les derniers patients qu'on allait voir et ce
75 jour-là cette dame a été retrouvée par terre sous son lit, toute gonflée, sans oxygène.
76 L'infirmière de nuit ne s'est pas inquiétée en la trouvant et exprima simplement que la patiente
77 était en état de choc, elle l'a simplement remis dans son lit sans observation ni prise de
78 constantes et sans appeler le médecin ou les urgences. La patiente était toute œdématisée de
79 partout, n'avait plus l'oxygène sur elle, elle était coincée sous le lit, ne parlait plus et avait les
80 yeux dans le vide. Donc le lendemain lorsque que l'on m'a transmis cela à la relève j'ai
81 immédiatement fait le lien, sachant que la patiente était sous anticoagulant, elle avait sûrement
82 du faire un AVC. En effet, la patiente avait bien fait un AVC hémorragique sauf que
83 malheureusement elle a été prise en charge beaucoup trop tard, ce qui l'a faite décéder deux
84 jours plus tard. Comme c'était une dame avec qui j'avais l'habitude de discuter et de passer du
85 temps, il y avait un lien qui s'était créé. La journée qui a suivie c'était donc moi qui étais en
86 poste, et en apprenant cela il a fallu absolument que j'aille voir la patiente, que je lui parle et la
87 rassure. Je me disais que peut être que j'avais été là ce soir-là, j'aurais pu gérer la situation
88 comme il fallait et on aurait peut-être pu la sauver. Donc la oui, il y a eu un impact sur les

89 émotions car c'est une patiente que j'appréciais beaucoup et que je me dis que si j'avais été là
90 je n'aurais pas agi de la même manière, j'aurais réagi plus vite et peut être qu'elle ne serait pas
91 décédée. J'en ai ensuite beaucoup voulu à ma collègue qui était là cette nuit-là et ma collègue
92 n'acceptait pas du tout le fait que ça pouvait être de sa faute si elle était dans cet état-là. Je lui
93 ai dit que si j'avais été là je n'aurais pas du tout agi de la même manière, j'aurais agi
94 différemment, j'aurais appelé les urgences directement car pour moi c'était grave. Pour moi il
95 y a eu une quoique, elle n'a pas su gérer son poste et lors des transmissions du matin elle n'a
96 même pas alerté l'équipe du matin comme il fallait, elle a simplement dit que la patiente était
97 tombée du lit et était en état de choc, donc l'infirmière de journée ne s'est pas affolée. J'ai très
98 mal vécu cela du coup car je sais qu'elle a été mal prise en charge et qu'elle a dû souffrir, sans
99 savoir quoi faire et sans pouvoir nous appeler car elle ne pouvait plus parler. Je pense que ça
100 m'a plus impacté car c'est une patiente que j'appréciais particulièrement, avec qui je partageais
101 plus de chose que d'autres patients car elle était autonome. S'il s'agissait d'un autre patient
102 dans un état plus grave à terre, cela ne m'aurait pas autant impacté. Cette patiente était tellement
103 en forme que je n'étais pas préparée à son décès. Car généralement en EHPAD, quand il y a
104 des décès, il y a une certaine préparation psychologique, si c'est quelqu'un avec qui tu t'entend
105 bien, avec qui tu partages des choses. Mais cette patiente, j'ai eu du mal à m'en remettre, car
106 j'aurais peut-être pu faire en sorte qu'elle ne souffre pas et qu'elle soit prise en charge
107 rapidement. Du coup, là, il y a toutes nos émotions un peu protectrices qui remontent. Ensuite la
108 nuit suivante ou j'ai été là, j'ai passé beaucoup de temps avec elle dans sa chambre, j'avais
109 besoin d'être la près d'elle pour me déculpabiliser de tout ça. Donc là effectivement, on a des
110 émotions personnelles qui remontent, je me disais que ce n'était pas son heure et que je n'étais
111 pas là pour elle. J'ai quand même réussi à travailler normalement mais dès que j'avais un
112 moment de libre j'allais près d'elle donc inconsciemment j'ai accordé moins de temps aux
113 autres patients même si j'ai réussi à rester présente pour les autres patients en gérant mes
114 émotions.

115 **Victoria** : Très bien, l'entretien est terminé. Merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps.

Entretien avec Émilie, infirmière en EHPAD

1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Émilie de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Pouvez-
2 vous commencer par vous présenter ?

3 **Émilie** : Oui bien-sûr, alors je m'appelle Émilie, j'ai 24 ans, je suis diplômée depuis juillet 2021
4 donc un an et demi et je travaille en EHPAD depuis.

5 **Victoria** : Très bien merci. Pour commencer, comment définiriez-vous la relation soignant-
6 soigné ?

7 **Émilie** : Pour moi, la relation soignant-soigné, c'est une relation de confiance dans les deux
8 sens car le soignant il doit avoir confiance en son soigné car il ne peut pas traquer le patient
9 pendant toute sa prise en charge, on est obligé de lui faire confiance pour pleins de trucs. Par
10 exemple en EHPAD, je sais qu'il y en a qui malgré le fait que le patient affirme qu'il a bien fait
11 sa toilette, vont lui demander de la refaire car ils ne l'ont pas vu faire, et ça pour moi non, t'es
12 obligé de faire confiance à ton patient, surtout que c'est un endroit où il va finir sa vie donc tu
13 ne peux pas lui courir derrière tout le temps. C'est son lieu de vie donc il faut le laisser faire sa
14 vie. Et inversement, car si le patient, il n'a pas confiance envers les soignants, il va être
15 beaucoup plus dans le refus de soin donc du coup pour la prise ça va être beaucoup plus
16 compliqué.

17 **Victoria** : D'accord, très bien. Maintenant, pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent
18 essentiels à la relation soignant-soigné ?

19 **Émilie** : Du coup, la confiance je l'ai déjà dit, je pense que les émotions sont très importantes
20 aussi car ce ne pas parce qu'on est soignant et que l'on doit avoir une distance avec le patient
21 que l'on ne peut pas exprimer nos émotions. Il faut savoir garder une distance mais tout en
22 laissant parler ses émotions car pour faire preuve d'empathie pour moi on est obligé de laisser
23 parler ses émotions aussi mais sans se laisser déborder par ses émotions. Donc pour moi c'est
24 important dans la prise en charge d'un patient de garder ses émotions et de rester soi-même
25 sans se laisser déborder par les émotions parce que je pense que cela peut compromettre une
26 prise en charge. Enfaite c'est un juste milieu avec la distance et les émotions.

27 **Victoria** : Et qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?

28 **Émilie** : Se laisser déborder par ses émotions car on doit en avoir pour l'empathie mais avoir
29 trop d'émotions je pense que ce n'est pas bon non plus, il faut savoir faire la part des choses
30 entre le travail et le privé, c'est-à-dire que moi en tant que jeune diplômée des fois c'est un peu
31 difficile car il y a des patients qui nous touchent plus que d'autres mais je pense que c'est
32 important de savoir faire la différence ou tu rentres chez toi, tu fermes la portes et tout ce qui
33 s'est passé au boulot c'est derrière toi et de ne pas ramener le travail dans tes problèmes
34 personnels et que cela empiète sur ta vie personnelle. Si le soignant ne lâche pas prise du travail
35 au domicile c'est quelque chose qu'il va garder tout le temps et qui va sûrement prendre de
36 l'ampleur et du coup une fois arrivé au travail, il n'aura pas déconnecté et au fur et à mesure de
37 faire ça et de ne jamais lâcher prise et de toujours ramener au travail, que ce soit en rapport avec
38 les patients ou en rapport avec autre chose mais de ne pas savoir mettre un stop aux émotions
39 que t'as eu au travail et à celles dans le privé, forcément ça peut impacter la prise en charge des
40 patients car il peut y avoir des choses qui se passent dans ta vie personnelle et si tu les amènes
41 au travail, forcément tu peux être triste ou énervé au travail et du coup si ça impacte ton travail
42 ça va forcément impacter ton patient car tu es directement en lien avec lui.

43 **Victoria** : Que représente pour vous la distance professionnelle ?

44 **Émilie** : Pour moi il n'existe pas de vraie distance, il n'y a pas une distance professionnelle car
45 elle va s'adapter à chaque patient, elle ne va pas être la même pour tout le monde, pour moi
46 pour chaque professionnel elle va être différente et envers chaque patient elle sera différente
47 aussi.

48 **Victoria** : Donc pour vous, il n'existe pas une distance professionnelle en particulier à
49 respecter, pour vous elle varie en fonction de chaque patient.

50 **Émilie** : Oui voilà. Car cela dépend de la prise en charge des patients, il y en a qui vont avoir
51 besoin de plus parler par exemple, du coup ça peut passer pour une distance plus courte, c'est-
52 à-dire que l'on va être plus proche de ce patient car il va avoir plus envie de parler, etc., alors
53 que un patient qui est moins en demande automatiquement on va être moins proche de lui, ça
54 ne veut pas forcément dire que l'on va moins l'aimer mais l'on va être moins proche de lui car
55 il va demander moins de choses de notre part, il va être moins dans la demande. Et pour moi la
56 distance, elle s'adapte aussi comme ça, en fonction de la demande du patient.

57 **Victoria** : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle selon vous ?

58 **Émilie** : Comme je l'ai dit, la demande du patient. Mais le transfert aussi, que ce soit par rapport
59 à nos expériences professionnelles ou personnelles qu'on a pu avoir au cours de notre vie, qu'on
60 soit jeune ou moins jeune. Je peux donner un exemple ?

61 **Victoria** : Oui bien-sûr avec plaisir.

62 **Émilie** : Donc le transfert il peut impacter la distance professionnelle parce que par exemple,
63 c'est un truc tout bête mais je travaille en EHPAD donc je prends en charge des patients qui ont
64 l'âge de mes grands-parents et des fois y'en a qui à travers des mimiques ou des choses qu'ils
65 ont vécus ou la manière de se comporter avec moi, parce que je suis quand même jeune, ils
66 peuvent me faire penser à mes grands-parents et inversement je peux aussi leur faire penser à
67 leurs petits-enfants. C'est des gens qui peuvent nous faire penser à des gens de notre famille et
68 on peut faire un gros contre-transfert et cela peut être très dur dans la prise en charge et du coup
69 dans la distance professionnelle parce que l'on peut avoir envie de passer plus de temps avec
70 certains patients justement parce qu'ils nous rappellent quelqu'un que l'on apprécie.

71 **Victoria** : Et selon vous, qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle
72 adaptée ?

73 **Émilie** : En tant que jeune diplômée je pense que l'expérience y fait beaucoup, car moi j'ai
74 encore du mal des fois à faire, pas la différence entre personnel et professionnel car j'ai quand
75 même une posture professionnelle adaptée avec mes patients, je ne vais pas leur faire des câlins
76 et des bisous mais je pense que l'expérience permet d'avoir un certain recul. Même le fait de
77 gérer ses émotions c'est avec l'expérience qu'on arrive à le faire et que ça devienne naturel.

78 **Victoria** : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation
79 soignant/soigné ?

80 **Émilie** : Oui.

81 **Victoria** : D'accord donc si oui, pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos
82 émotions ont pu impacter votre relation au patient ?

83 **Émilie** : Alors j'en ai plusieurs mais globalement la dernière qui m'a le plus marqué je pense,
84 c'est un monsieur qui était en soins palliatifs dans le SSR ou je travaillais avant de travailler
85 dans cet EHPAD. Donc ce patient il avait un cancer en phase terminale et c'était un patient qui
86 était très jeune, 52 ans, qui est l'âge de ma maman. Et ce fut très brutal car c'est un patient qui
87 parlait avec nous, qui était très gentil même si des fois il était un peu compliqué car il était

88 douloureux, ect. C'était un patient qui était hyper agréable et a qui tu t'attaches, puis pour moi
89 le fait qu'il ait le même âge que ma mère ça a été encore plus difficile. Et du jour au lendemain,
90 fin en trois jours, il ne parlait plus, ne bougeais plus, il était en fin de vie. Et c'est vrai que cela
91 a été difficile de voir que en trois jours, une vie peut basculer, qu'en plus de ça il avait l'âge de
92 ma maman, il était jeune. C'est vrai que le jour où il est décédé j'en avais déjà parlé à l'équipe
93 avec qui je travaillais à ce moment-là, que c'était un patient qui me touchait spécialement, que
94 j'avais du mal, que j'étais jeune diplômée et les infirmières avec qui j'étais étaient très
95 compréhensives et savaient aussi comme moi ce que ça faisait. Et du coup la nuit ou il est
96 décédé, j'ai eu de la chance que l'on soit en nombre pour ne pas avoir à lui faire la toilette
97 mortuaire. Du coup, oui je dirai que cela à impacté ma relation au patient, car avant qu'il mort
98 j'évitais de rentrer dans sa chambre, et si mes collègues étaient disponibles pour réaliser ses
99 soins je préférais. Bien-sûr, si j'étais obligée de le faire, je le faisais mais si on était en nombre
100 je préférerais que ce soit ma collègue qui s'en occupe et qui aille dans sa chambre. Donc en quelque
101 sorte, j'ai mis une certaine distance avec le patient car cela me touchait. En plus récemment
102 dans l'EHPAD ou je travaille actuellement, avec une dame qui est toujours très angoissée et qui
103 n'en parlait pas forcément parce qu'elle avait peur de déranger ou qu'elle avait l'impression de
104 ne pas être écoutée, elle avait beaucoup de mal à faire confiance aux soignants, et c'est vrai que
105 cette dame m'a beaucoup touché car j'ai essayé de creuser un peu, de savoir pourquoi elle était
106 angoissée. Je lui ai dit qu'il fallait en parler, que c'était important pour qu'elle se sente mieux,
107 que son ressenti était important et je me suis rendue compte que les soirs ou j'étais là, dès que
108 j'avais du temps, j'allais passer du temps avec cette patiente et que même si je devais prendre
109 20 minutes pour la rassurer, et comprendre ce qu'elle avait, bien je prenais ces 20 minutes. Cela
110 impactait donc la prise en charge des autres patients car les 20 minutes que je consacrais à cette
111 patiente, c'est 20 minutes que je perdais avec les autres patients.

112 **Victoria** : Très bien, l'entretien est terminé. Merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps.

Entretien avec Céline, infirmière en EHPAD

- 1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Céline de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Pouvez-
2 vous commencer par vous présenter ?
- 3 **Céline** : Alors je m'appelle Céline j'ai 56 ans et je suis infirmière en EHPAD. Je suis diplômée
4 infirmière depuis 32 ans maintenant, avant de travailler en EHPAD j'ai travaillé dans différents
5 services de médecine, en SSR puis en tant qu'infirmière libérale et là cela fait six ans que je
6 travaille en EHPAD.
- 7 **Victoria** : Très bien merci. Pour commencer, comment définiriez-vous la relation soignant-
8 soigné ?
- 9 **Céline** : Intense, on rentre dans l'intimité des gens donc il faut qu'elle soit assez authentique et
10 surtout pleine de bienveillance et d'empathie puis d'écoute.
- 11 **Victoria** : D'accord, très bien. Maintenant, pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent
12 essentiels à la relation soignant-soigné ?
- 13 **Céline** : L'authenticité essentiellement, la vérité, la sincérité.
- 14 **Victoria** : Et qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?
- 15 **Céline** : Quand l'on fait un transfert, quand la situation te rappelle quelque chose de ton
16 expérience personnelle, ça ça peut impacter parce que tu vas générer des réflexions ou justement
17 transférer un devenir par rapport à une maladie ou ce genre de chose, ça ce n'est pas bon.
- 18 **Victoria** : Que représente pour vous la distance professionnelle ?
- 19 **Céline** : J'ai un peu de mal moi avec la distance professionnelle, parce qu'être authentique et
20 être distant ce n'est pas facile. La distance professionnelle pour moi c'est essayer de ne pas
21 transférer quoique ce soit dans la relation, c'est-à-dire de prendre l'autre tel qu'il est et d'avoir
22 des conseils ou des explications qui soient vraiment théorique, sans trop de vécu personnel ou
23 ce genre de chose. C'est dans ce sens que je mettrai de la distance, en disant que voilà
24 normalement une entorse c'est trois semaines, l'ablation des points c'est dix jours, ce genre de
25 choses basées sur de la théorie enfaite.
- 26 **Victoria** : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle selon vous ?

27 **Céline** : Pareil le transfert ect. Aussi si tu as l'impression que cela pourrait être ta fille ou ta
28 mère, je ne me transfère pas moi dans les patients mais par contre c'est vrai que mes proches
29 oui plus, ma fille, ma mère, ma grand-mère, mon conjoint, ce genre de choses.

30 **Victoria** : Et selon vous, qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle
31 adaptée ?

32 **Céline** : Je ne sais pas si je la garde tout le temps, non je pense que je suis souvent très très
33 proche des patients et c'est ce qu'ils apprécient dans mon abord parce que je suis un peu brute
34 de pomme mais en même temps je suis toujours authentique, je ne mens jamais, je suis toujours
35 pleine de bienveillance, à l'écoute, quelque fois quand je n'ai pas la réponse et bien je le dis
36 voilà je n'ai pas la réponse mais que j'écoute et que je suis là. C'est important de dire je suis là,
37 vous pouvez me parler, je vous surveille, ce genre de choses.

38 **Victoria** : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation
39 soignant/soigné ?

40 **Céline** : Oui.

41 **Victoria** : D'accord donc si oui, pouvez-vous me raconter une situation professionnelle où vos
42 émotions ont pu impacter votre relation au patient ?

43 **Céline** : Je me rappelle d'une fois où j'ai eu un accident de voiture, et il a quand même fallu
44 que j'aille travailler et donc je pleurais, il fallait que je travaille, je n'ai pas pu être remplacée,
45 les patients m'ont vu pleurer et j'ai dit que j'avais eu un accident de voiture et que je pleurais
46 parce que je m'étais fait mal au cou et que je n'avais plus de voiture. Donc ça aussi c'est ne pas
47 mentir aux patients et montrer que les soignants sont des êtres humains comme tout le monde.

Entretien avec Marie, infirmière en gastrologie

1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Marie de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Pouvez-
2 vous commencer par vous présenter ?

3 **Marie** : Oui, alors j'ai 53 ans, je suis diplômée infirmière depuis 1992 et je travaille en service
4 de médecine depuis 1997.

5 **Victoria** : D'accord très bien, merci. Pour commencer, comment définiriez-vous la relation
6 soignant-soigné ?

7 **Marie** : Alors la relation soignant-soigné je la définirai comme un apport de soin à une
8 personne qui a besoin d'être soignée, c'est un service, une profession. C'est une relation qui est
9 éphémère.

10 **Victoria** : D'accord, très bien. Maintenant, pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent
11 essentiels à la relation soignant-soigné ?

12 **Marie** : Je dirai l'empathie, le besoin d'apporter le soin à la personne malade. C'est une
13 vocation.

14 **Victoria** : Et qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?

15 **Marie** : Il y a beaucoup de choses mais surtout la charge de travail je pense, car des fois on n'a
16 pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients.

17 **Victoria** : Que représente pour vous la distance professionnelle ?

18 **Marie** : La distance professionnelle c'est le fait que chacun soit à sa place, la personne a besoin
19 de soins et nous on a un uniforme professionnel, c'est comme si on mettait un masque le matin.
20 On est là essentiellement pour le patient. On doit faire un peu abstraction de nos vies sauf si le
21 patient nous permet de parler de nos vies. C'est une barrière, moi je la schématiserai comme
22 une barrière.

23 **Victoria** : Et qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle selon vous ?

24 **Marie** : Le fait de faire des transferts, quand je reçois par exemple un patient qui a un enfant
25 du même âge que le miens, et bien je suis impactée, ou alors quand je prends en soins un enfant
26 de l'âge du miens, forcément je pense à ma situation personnelle. Après il peut y avoir des liens
27 qui peuvent se créer.

28 **Victoria** : Et selon vous, qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle
29 adaptée ?

30 **Marie** : Le fait de mettre sa vie privée de côté, de ne pas avoir d'échange personnel. Moi je suis
31 là pour prendre en charge le soin, je dois lui apporter quelque chose, on n'est pas dans un
32 échange ou lui doit également m'apporter quelque chose. Moi je dois lui apporter du soin. Le
33 fait de se réfugier derrière un objectif à accomplir, ça aussi ça aide à garder une distance
34 professionnelle. Le fait de porter un uniforme aussi, moi je compare ça souvent à comme si on
35 allait rentrer dans une pièce de théâtre. On se met dans un rôle ou l'on devient le soignant,
36 comme un acteur, on est un acteur du soin.

37 **Victoria** : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation
38 soignant/soigné ?

39 **Marie** : Oui je pense, à cette question je répondrais oui.

40 **Victoria** : D'accord donc si oui, pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos
41 émotions ont pu impacter votre relation au patient ?

42 **Marie** : J'en ai plusieurs des situations oui mais il y en a une qui est très concrète. En fait, j'ai
43 pris en charge une vieille dame d'environ 80 ans et cette dame venait pour une hernie étranglée
44 et donc elle allait se faire opérer au bloc, et du coup pour son âge elle était quand même en
45 bonne forme, bon la bien sûr au vu des circonstances elle était quand même un peu fatiguée, et
46 avant qu'elle descende au bloc elle me dit « oh de toute façon vous saviez s'il faut mourir voilà
47 je vais mourir maintenant » et moi je lui ai répondu que non elle n'allait pas mourir et en fait il
48 se trouve que cette dame elle était depuis plusieurs jours en occlusion et à l'induction, elle a
49 inhalé et elle est décédée en réanimation trois jours après. Et ça oui cela m'a quand même
50 vachement impacté, ça fait plusieurs années mais j'y pense toujours. Cela m'a impacté moi sur
51 les prises en charge des autres patients, ça a augmenté mon niveau de stress mais aussi mon
52 niveau de vigilance. Après ça j'ai eu d'autres patients qui m'ont dit avant de descendre au bloc
53 qu'ils étaient prêts à mourir, mais j'étais incapable de leur répondre et de les rassurer, je ne
54 répondais rien car on ne sait jamais ce qu'il peut arriver en fait.

55 **Victoria** : Très bien, l'entretien est terminé. Merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps.

Entretien avec Christian, infirmier en chirurgie orthopédique

- 1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Christian de m'accorder de votre temps pour cet entretien.
2 Pouvez-vous commencer par vous présenter s'il vous plait ?
- 3 **Christian** : Alors moi je m'appelle Christian, j'ai 44 ans, je suis infirmier depuis 22 ans et je
4 travaille en chirurgie orthopédique depuis 13 ans.
- 5 **Victoria** : D'accord très bien, merci. Pour commencer, comment définirez-vous la relation
6 soignant-soigné ?
- 7 **Christian** : C'est la base de la prise en charge du soigné et de l'implication du soignant. C'est
8 une relation d'empathie de la part du soignant et de confiance de la part du soigné.
- 9 **Victoria** : Très bien. Maintenant, pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent
10 essentiels à la relation soignant-soigné ?
- 11 **Christian** : Les conditions de travail déjà. L'empathie du soignant, la confiance du soigné, le
12 sens de l'écoute du soignant, le respect du soignant et du soigné, l'explication de la prise en
13 charge par le soignant et les connaissances du soignant aussi.
- 14 **Victoria** : Et qu'est-ce qui a l'inverse, selon vous pourrait impacter cette relation ?
- 15 **Christian** : Le comportement du soignant ou du soigné, la méconnaissance du soignant, les
16 différentes orientations religieuses du soigné, l'inexpérience du soignant aussi, l'impatience et
17 l'exigence du soigné, et bien sur les conditions de travail parce que si on est en manque de
18 personnel on a moins de temps.
- 19 **Victoria** : Que représente pour vous la distance professionnelle ?
- 20 **Christian** : Moi je dirai que cela pourrait être assimilé à l'empathie et c'est le savoir être
21 surtout. Parce que la distance professionnelle elle peut être différente d'un patient à un autre
22 pour un soignant, tu peux avoir une distance professionnelle large avec un patient et une
23 distance professionnelle qui peut être rapprochée avec un autre patient, parce que tu as des
24 affinités, peut-être plus de points communs, t'as une facilité pour parler, t'as une confiance,
25 peut être que le patient a plus confiance en toi qu'en un autre soignant donc je dirai que la
26 distance professionnelle elle est aléatoire et elle est plutôt au cas par cas, elle est variable.
27 Même si tu as toujours un comportement de soignant, tu es comme dans la vie aussi, tu n'as pas
28 toujours forcément la même réaction vis-à-vis des gens.

29 **Victoria** : Et qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle selon vous ?

30 **Christian** : L'inexpérience car cela te procure un stress et tu n'auras pas forcément de relation.
31 L'émotivité aussi, devant une situation un peu douloureuse, peut être que ton émotivité peut
32 impacter cette distance, la méconnaissance, l'ignorance aussi à la fois du soignant et du soigné.

33 **Victoria** : Et selon vous, qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle
34 adaptée ?

35 **Christian** : À contrario de l'inexpérience, l'expérience justement, les connaissances, les
36 compétences et l'habitude.

37 **Victoria** : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation
38 soignant/soigné ?

39 **Christian** : Non, je fais en sorte que non.

40 **Victoria** : Et comment faites-vous pour que cela n'impacte pas votre travail ?

41 **Christian** : Enfaite on endosse un rôle lorsqu'on arrive sur notre lieu de travail, d'abord on a
42 un uniforme qui nous fait changer de notre personnalité avec nos vêtements qui sont un peu qui
43 on est et cet uniforme nous fait endosser une fonction. À partir du moment où j'arrive à l'hôpital
44 et ou je prends mon poste je ne suis plus la même personne, je suis un infirmier en charge de
45 soigner.

Entretien avec Maude, infirmière en hémodialyse

1 **Victoria** : Tout d'abord, merci Maude de m'accorder de ton temps pour cet entretien. Peux-tu
2 commencer par te présenter s'il te plait ?

3 **Maude** : Alors je m'appelle Maude, j'ai 23 ans et je suis diplômée depuis bientôt deux ans
4 maintenant, et cela fait six mois que je travaille en hémodialyse, c'est assez récent.

5 **Victoria** : D'accord très bien, merci. Pour commencer, comment définirez-tu la relation
6 soignant-soigné ?

7 **Maude** : Je trouve que la relation soignant-soigné peut être hyper variable par rapport aux
8 soignants et par rapport aux soignés au pluriel, c'est-à-dire que tu ne vas pas avoir la même
9 relation soignant-soigné avec une personne qu'avec une autre, moi je vois j'ai beaucoup
10 d'exemple avec des patients qui sont plus jeunes, j'ai pas du tout la même relation qu'avec des
11 patients qui sont plus âgés, forcément lié à l'âge, lié aussi aux expériences de vie, aux choses
12 que l'on peut aimer, que l'on peut avoir en commun et je trouve que tu as moins de barrière par
13 exemple avec des personnes qui sont plus jeune, ils vont avoir plus de facilité à te parler de
14 certains sujets, même des sujets dont ils peuvent avoir un peu honte et du coup ça va te permettre
15 de mieux pouvoir les aider, de pouvoir être vraiment auprès d'eux dans la relation et tu as des
16 personnes qui par ailleurs vont être très très prudes avec leurs émotions, avec ce qu'ils peuvent
17 ressentir et du coup ils ne vont pas vouloir t'en parler et puis ils vont t'en parler une fois que ça
18 sera trop tard. Alors le meilleur sujet c'est la douleur, y'a quelqu'un qui va te dire très souvent
19 qu'il a mal alors que ça peut être une douleur qui peut être modérée mais ça peut être sur
20 beaucoup de chose et par exemple tu as quelqu'un qui ne va jamais vouloir te dire ce qu'il
21 ressent, ni se sentir faible et du coup à contrario il va te le dire qu'une fois que ça sera trop tard.
22 Aussi, en tant que professionnel, tu ne vas pas te comporter de la même façon avec les patients,
23 par exemple moi je vois j'ai beaucoup de mal avec un certain type de pathologie qui sont les
24 alcooliques, c'est lié à mon histoire personnelle et du coup je sais que j'ai beaucoup de mal
25 avec donc j'essaye de me détacher le plus possible et au pire de ne pas les prendre en charge et
26 que mes collègues prennent le relais et inversement que moi je prenne le relais sur d'autres
27 situations parce que je sais que personnellement je suis beaucoup moins empathique et il ne
28 faut pas non plus que ça desserve le patient. Donc la relation peut être hyper variable qu'importe
29 qui tu es, à quel moment de ta journée tu es aussi, si tu es à la fin de ta série de cinq jours, que
30 tu en as bavé, que tu ne vas pas avoir la même patience et la même relation avec les patients,

31 c'est toujours variable je trouve. Il suffit que par exemple tu as une sonnette, quelqu'un qui
32 t'appelle et tu vas y aller et puis il suffit que tu aies une urgence en même temps tu vas courir
33 et tu vas dire je n'ai pas le temps et puis tu vas être assez froide alors que si ça va être à un autre
34 moment où tu as un peu le temps, tu vas pouvoir peut-être un peu rigoler avec donc même pour
35 les patients ça peut être un peu déroutant je pense de voir que le même soignant n'a pas la même
36 attitude tout le temps.

37 **Victoria** : Très bien. Maintenant, peux-tu me dire les éléments qui te semblent essentiels à la
38 relation soignant-soigné ?

39 **Maude** : La confiance en premier parce que pour moi que ce soit en tant que patiente ou en tant
40 que soignante, je ne vais avoir la même relation avec quelqu'un en qui je peux avoir confiance.
41 Par exemple, un patient qui va être diabétique qui va te dire oui je gère très très bien ne vous
42 inquiétez pas puis au final tu apprends que c'est le bazar, que son protocole il ne le connaît pas,
43 et il le sait qu'il ne le connaît pas mais juste il ne veut pas te décevoir mais du coup tu ne peux
44 pas avoir confiance en lui et chaque thérapeutiques que tu vas lui donner, chaque question que
45 tu vas lui poser tu vas toujours avoir un doute, à savoir est-ce qu'il te ment ou est-ce qu'il ne te
46 ment pas que ce soit intentionnel ou pas forcément. Et inversement pour un soignant, tu as des
47 patients qui vont attendre quelque chose du soignant, et le soignant va leur dire quelque chose
48 soit pour ne pas les inquiéter soit pour diminuer une situation et du coup le patient ne va plus
49 avoir confiance, il ne va plus se confier. Pour moi vraiment la priorité c'est la confiance,
50 l'écoute aussi parce qu'il y a des choses parfois que l'on va te dire mais ça ne va pas être le
51 premier message qui va être dit, c'est tout ce qui est écoute passive, en gros par exemple je vais
52 te dire que j'ai mal mais je ne vais pas savoir te dire où, je ne vais pas savoir comment le définir
53 mais enfaite tout ce qu'il faut comprendre aussi c'est que je souffre mais je peux souffrir de
54 l'intérieur, j'ai une douleur plus psychique mais je n'arrive pas à l'exprimer donc je vais te dire
55 que j'ai mal pour que tu m'aides mais si tu n'écoutes pas de la bonne façon et bien tu vas me
56 donner un doliprane sinon tu vas avoir un entretien plus psychologique donc ça ne va pas avoir
57 les mêmes effets sur le patient. L'attention aussi, par exemples tu fais un soin et puis tu n'as pas
58 le temps parce que malheureusement la réalité en service c'est que tu n'as pas le temps mais du
59 coup tu ne vas pas prendre le temps, par exemple une injection de Lovenox ça dure 30 secondes,
60 et bien tu ne vas pas prendre le temps de dire « bonjour, vous préférez à quel endroit, je vais y
61 aller, attention je pique », toutes ces petites phrases qui vont te faire perdre 30 secondes dans
62 une journée, ça peut faire en sorte que le soin se passe mieux également ou tu vas enlever un

63 drain « attention je vais retirer, soufflez un bon coup, j'y vais... », tout l'accompagnement qu'il
64 y a avec le soin enfaite. On parle beaucoup plus en ce moment de blessures traumatiques liées
65 aux soins, par exemple je connais quelqu'un qui s'est fait opérer d'une abdominoplastie et au
66 moment de lui retirer les drains, fin elle en a eu deux, un qu'on lui a retiré un jour et un autre le
67 lendemain, le premier drain on ne l'a pas prévenu on lui a juste dit « allez on retire », elle ne
68 savait pas la sensation, on a tiré d'un coup, elle l'a très très mal vécue au point où elle en fait
69 encore des cauchemars, vraiment ça l'a traumatisé et le deuxième drain c'est un étudiant qui lui
70 a enlevé, qui a pris le temps de lui expliquer, de rigoler avec elle, de faire un peu une blague
71 avant de le retirer et il a tiré d'un coup sec sans que cela fasse mal et elle ne l'a pas du tout vécu
72 de la même façon. Donc le même soin avec le même patient, cela va être complètement
73 différent.

74 **Victoria** : Et qu'est-ce qui a l'inverse, selon toi pourrait impacter cette relation ?

75 **Maude** : La personnalité de chaque professionnel car lorsque tu es patient tu es vulnérable, on
76 est face à des personnes très très vulnérables qui ont peur même s'il s'agit d'un tout petit soin,
77 fin qui pour nous va être un tout petit soin mais pour eux ça peut être la première fois qu'ils
78 vont à l'hôpital et c'est énorme et par rapport à comment tu vas les mettre en confiance,
79 comment tu vas leur parler, essayer de les rassurer et quels mots tu vas employer ça va avoir
80 énormément de conséquence sur la prise en charge en générale. Donc parfois il faut réduire un
81 peu des personnalités, fin moi je vois je peux être en train de courir partout, si je sais que je vais
82 voir un patient que je vais piquer pour la première fois, que je vois pour la première fois au lieu
83 de voir juste quelqu'un qui court, 30 secondes je m'arrête je dis bonjour, je me présente et après
84 je continues de courir parce qu'on n'a pas le choix mais au moins prendre le temps un peu de
85 calmer sa propre personnalité. Je suis quelqu'un qui parle plutôt fort et bien en soin j'essaye de
86 ne pas parler trop fort, de diminuer un peu ce que tu sais qui peut refréner et puis à côté de ça,
87 augmenter les choses que tu sais qu'ils font du bien, par exemple moi je sais que je souris
88 beaucoup et au travail ne n'arrête pas même si j'ai passé une mauvaise journée, parce que c'est
89 ça aussi qui est important pour eux, c'est qu'ils n'ont pas à sentir ta douleur mais à contrario je
90 ne suis pas non plus fausse et si il y'a un truc qui m'énerve je ne le cache pas. Tu as pleins de
91 patients, tu es la seule personne qu'ils vont voir pendant un moment, je pense aux infirmières
92 libérales, souvent l'infirmière c'est la seule personne que l'on voit de la journée, donc imagines
93 si tu as quelqu'un qui vient te voir qui est hyper renfrogné, tu n'as pas envie de passer du temps
94 avec lui, tu n'as pas envie de lui parler, de lui dire « enfaite vous venez soigner mon pied mais

95 il se trouve que depuis deux jours j'ai mal aux côtes ». Donc c'est plein d'informations qui
96 peuvent passer comme ça et qui peuvent complètement impacter la relation soignant-soigné. Et
97 après tout ce que j'ai dit qui pouvait augmenter la relation soignant-soigné pour moi cela peut
98 aussi la desservir, si tu n'as pas confiance parce que tu ne donnes pas les bonnes informations
99 au bon moment, si tu manques d'écoutes cela impacte la relation.

100 **Victoria** : Pour toi que représente la distance professionnelle ?

101 **Maude** : C'est le fait de savoir que tu es au travail pour moi et du coup, toute ta vie personnelle
102 n'a pas à rentrer en lien avec ton travail et inversement, ton travail n'a pas à rentrer en lien dans
103 ta vie personnelle. On travaille quand même dans un métier d'humain et je trouve que le faire
104 à cent pour cent ce n'est pas possible, l'histoire de laisser sa blouse au vestiaire ça ne marche
105 pas, on ne va pas se mentir, moi il y a pleins de trucs que j'ai besoin de partager quand je rentre
106 chez moi, en plus mon copain est pompier donc on peut parler un peu plus du domaine médical
107 et à contrario par exemple j'ai déménagé il y a deux semaines, et bien tous mes patients sont au
108 courant que j'ai déménagé il y a deux semaines parce qu'on discute de nos vies et forcément
109 pour que les gens parlent un peu de la leur, il faut que tu parles un peu de la tienne et puis c'est
110 vraiment des relations qui se créent, moi je suis en contact avec des gens que je vois trois fois
111 par semaine donc il y a un lien, il y a forcément de la discussion qui se fait mais après il y a
112 certains stades, il y a des choses de ta vie personnelle que tu ne vas pas amener au travail par
113 exemple moi je suis contre le fait d'avoir des patients sur Facebook, il y a certains de mes
114 collègues qui le font, c'est chacun son degrés aussi. Je suis contre le fait de tutoyer des patients
115 au travail, même des jeunes, je n'y arrive pas et à contrario je n'ai pas non plus envie que l'on
116 me manque de respect, que l'on me donne des petits surnoms, ect. Je reste au travail et je reste
117 une professionnelle. Donc pour revenir au sujet, tu ne peux pas juste garder ta blouse dans ton
118 vestiaire car tu as des situations qui soit vont trop te toucher et il faut que tu décharge aussi. Par
119 exemple toi je ne sais pas comment tu l'as vécu mais moi mon premier décès je ne pouvais pas
120 juste me dire je n'en parle pas parce que c'est le travail, il a fallu aussi que je travaille sur moi,
121 que j'accepte ce décès, que j'accepte que je n'ai rien pu faire, parce que l'on ne va pas se sentir
122 quand on commence la formation on est tous tout beau tout rose, on va faire comme dans Grey's
123 Anatomy, on va sauver des vies mais la réalité est tout autre, il faut juste après accepter que tu
124 peux accompagner les gens au mieux que tu peux mais voilà le premier décès il faut le
125 décharger, si tu le gardes c'est ça qui va te remplir et puis tu ne vas pas te sentir bien car tu
126 n'auras pas pu décharger tout ça et à contrario si tu as une super bonne nouvelle dans ta famille,

127 pourquoi le cacher et ne pas le partager avec tes patients si c'est des ondes positives et si c'est
128 des conseils. Moi je vois, j'accompagne beaucoup de personnes qui ont un cancer ou qui ont un
129 proche atteint d'un cancer, lorsque l'on va parler de nutrition, de compléments alimentaires,
130 bien je vais utiliser mon histoire de vie parce que forcément c'est la seule que je connais et je
131 vais leur dire, « moi la personne que je connaissais qui a eu un cancer elle aimait bien ça, est-
132 ce que vous avez tenté ? », parce que sinon tu veux l'amener comment, il faut être un peu
133 humain moi je trouve, que l'on peut comprendre leurs émotions parce que l'on peut en avoir
134 des similaires ou même si elles sont différentes, il faut garder ce côté très humain, on n'est pas
135 juste une personne qui va passer puis après qui va repartir. Soit eux vont marquer notre vie à
136 un certain degré soit nous on va marquer la leur à un certain degré.

137 **Victoria** : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle selon toi ?

138 **Maude** : La situation parce que comme je l'ai dit tout à l'heure, cette distance professionnelle
139 tu ne peux pas la vivre par rapport à ton environnement, si déjà tu n'es pas entouré toi dans ta
140 vie professionnelle, si tu n'as pas des gens à qui tu peux te confier que ce soit quand tu es en
141 stage tes formateurs, ton tuteur de stage, ou des gens dans ta vie personnelle, toute relation que
142 tu peux avoir, si au bout d'un moment tu as besoin de laisser passer et de souffler et d'accepter
143 ce que tu as vécu ou une situation juste que tu n'as pas compris, que tu n'as pas trouvé normale
144 ça existe aussi, il ne faut pas que tu repartes à chaque fois avec toutes ces questions dans ta tête
145 parce que ce n'est pas comme ça que tu vas avancer. Donc pour moi toute la situation
146 géographique que ce soit dans l'environnement du travail, si tu es dans un environnement de
147 travail très hostile ou il n'y a pas d'entraide d'équipe, il va y avoir chacun à sa place et puis
148 c'est tout, il ne va pas y avoir de communication, ça va aussi impacter ta distance
149 professionnelle. Et au niveau de ton patient cela va être pareil, il y a des choses qu'il n'arrivera
150 pas à te dire à toi parce que tu es personnel de santé, parce que tu as la blouse blanche, et la
151 blouse blanche ça rassure et ça fait peur en même temps, c'est vraiment un symbole, moi je suis
152 sûre que si demain on travaillait en civil ça serait complètement différent, mais on ne peut pas.
153 Moi je vois je travaille beaucoup en stérile et ce n'est pas possible, il faut être concret aussi
154 avec l'hygiène. Mais la relation serait tout autre parce que d'un côté tu as la confiance ultime
155 en le médecin et l'infirmière parce qu'ils portent la blouse blanche mais d'un autre côté tu ne
156 vas pas pouvoir leur dire les mêmes sentiments qu'avec quelqu'un de lambda et du coup il y a
157 beaucoup aussi le rapport avec la famille qui va rentrer en compte à ce moment-là, c'est la
158 famille qui va venir nous dire des informations, c'est la famille qui va venir compléter cette

159 relation soignant-soigné, c'est tout l'entourage, parce que je dis famille mais amis aussi, toutes
160 les personnes autour du patient qui va construire quelque chose de sain.

161 **Victoria** : Et selon toi, qu'est-ce qui à l'inverse te permet de garder une distance professionnelle
162 adaptée ?

163 **Maude** : Je vais partir sur quelque chose de très personnel mais c'est la conscience
164 professionnelle tout simplement. C'est toi et ta conscience professionnelle, par exemple j'ai un
165 collègue, cela fait dix ans qu'il soigne les mêmes personnes trois fois par semaine, pour lui s'est
166 devenue normal de les ajouter sur Facebook, de discuter avec eux, ect. Moi ça je me l'interdis
167 parce que je veux garder ce côté travail et que cela ne vienne pas impacter mon quotidien, parce
168 que parfois il y a des situations tellement dures, il ne faut pas non plus que sur tes jours de repos
169 ou tu es censé décompresser, cela vienne t'impacter, donc ça c'est pour te protéger toi. Mais
170 aussi pour la conscience professionnelle, toute chose n'est pas bonne à dire à certain moment,
171 il y a des informations de ma vie personnelle dont les patients n'en ont rien à faire, ils n'ont pas
172 besoin de savoir mais surtout ils s'en moquent complètement et à part parfois te mettre en plu
173 valu ou, ce n'est pas ce qui est nécessaire donc après c'est ta conscience à toi de te dire qu'est-
174 ce que je fais, dans quel but je le fais et qu'est-ce que j'attends derrière. Et je trouve aussi qu'il
175 y a tous les moments que tu vas partager avec tes collègues, moi je vois je le vis beaucoup
176 actuellement, on est minimum quatre infirmiers par secteur et les moments où tu vas te retrouver
177 qu'entre collègues ou tu vas rire, décompresser des fois de chose dure que tu as vécu, par
178 exemple on a eu un décès il n'y a pas longtemps, c'était compliqué mais le fait de se sentir
179 entouré, de sentir que si tu veux en parler tu peux en parler, que si tu veux faire une blague
180 même nulle, tu peux faire ta blague parce que tu sais que cela ne va déranger personne et que
181 au bout d'un moment il faut aussi savoir décompresser, puis tu ne peux pas être tout le temps
182 en mode « travail travail travail » sinon tu pètes un plomb. Juste de détendre l'atmosphère par
183 moment, quand tu as une situation compliquée, je vais te faire une blague nulle mais le but ce
184 n'est pas d'être drôle c'est juste de te faire penser à autre chose de te faire relativiser sur la
185 situation. Après tu ne peux pas t'entendre bien avec tout le monde et c'est normal, on n'est pas
186 fait tous pour s'entendre sinon ça se saurait. L'important c'est d'avoir confiance en ses
187 collègues, que tu ne te dises pas que tu ne peux compter que sur toi.

188 **Victoria** : Penses-tu que tes émotions personnelles peuvent impacter la relation
189 soignant/soigné ?

190 **Maude** : C'est certain.

191 **Victoria** : D'accord donc si oui, peux-tu me raconter une situation professionnelle ou tes
192 émotions ont pu impacter ta relation au patient ?

193 **Maude** : Je vais prendre une situation compliquée, j'ai appris que mon beau-père était décédé
194 pendant que j'étais en service. Donc j'étais sur mon lieu de travail, j'étais censée faire ma
195 journée jusqu'à la fin et du coup je me suis arrêtée en plein milieu parce que j'ai appris cette
196 nouvelle la et enfaite, je ne pouvais pas partir directement du service, ce n'était pas possible et
197 c'est normal mais je sentais qu'il fallait que l'on vienne me reléguer tout de suite parce j'étais
198 devenu extrêmement fermée avec tout le monde. Pas forcément dans la tristesse mais il ne fallait
199 pas que l'on vienne me parler, je ne supportais une plainte d'un patient, une plainte d'une
200 collègue, même de l'empathie, il n'y a rien qui passait et je sais que ce jour-là je n'ai pas été
201 une bonne soignante, après tu ne peux pas être une bonne soignante tout le temps dans toutes
202 les situations donc moi je me le pardonne, j'ai des circonstances qui font que je ne pouvais pas
203 être une bonne soignante à ce moment-là mais je sais que je n'ai pas écouté les plaintes de mes
204 patients, je n'ai pas écouté les appels à l'aide de mes collègues, j'étais là sans être-là, j'étais
205 vraiment devenu un robot. C'est vraiment pour moi la situation très marquante qui a fait que je
206 n'ai pas eu une bonne relation soignant-soigné. Mais pour prendre des exemples qui arrivent
207 plus régulièrement quand même, donc je travaille en hémodialyse et on apprend de temps en
208 temps qu'il y a des patients qui se font greffer et j'étais super contente pour un patient parce
209 que cela faisait un moment qu'il était sur liste d'attente, on était tous extrêmement content donc
210 là on avait plutôt un débordement de joie et enfaite on l'a fait ressentir aux autres patients.
211 Quand les autres patients nous demandaient ce qu'il en était, parce que nous on ne va jamais
212 dire aux patients que tel patient a été greffé s'ils nous le demandent pas mais par contre si on
213 nous demande on répond parce que pour moi le mensonge ça n'existe pas dans la relation
214 soignant-soigné. Et j'ai dit la bonne nouvelle de manière tellement enjouée que d'un côté tu as
215 le patient qui va être content pour son collègue mais d'un autre côté c'est son collègue qui a été
216 greffé et pas lui. Et je suis sûre que si je l'avais dit de façon plus neutre, sans en dire trop ça
217 aurait été vécu différemment pour les autres patients. Je me dis que j'ai peut-être augmenté sa
218 tristesse de façon inutile parce que ça ne lui aura rien apporté, mais moi j'étais tellement
219 débordée par mes émotions. C'est difficile pour les patients de se dire que peut être que le
220 patient greffé est arrivé en dialyse plus tard que moi mais il part plus tôt et moi j'attends encore.
221 Il y aura forcément des patients prioritaires par rapports à d'autres. Et je sais que ce jour-là je

222 n'ai pas été une bonne soignante, pas mauvaise non plus mais c'était trop, j'aurais dû savoir me
223 canaliser ce jour-là, faire la différence entre mon émotion et l'émotion dont a besoin la personne
224 en face de toi. J'aurais pu être joyeuse mais pas autant, et le garder pour moi en salle de pause
225 avec mes collègues.

226 **Victoria** : Très bien, l'entretien est terminé, merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps.

Annexe III : Grille d'analyse des entretiens

Entretien avec Stéphanie, infirmière en EHPAD

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Relation de confiance</i> » (L8) - « <i>Relation humaine</i> » (L8) - « <i>Relation ou l'on prend soin du soignant et du soigné</i> » (L8-9) - « <i>Relation conflictuelle</i> » (L9)

		<p>demandes de la personne et d'analyser les interactions ».</p> <p>(POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none">- Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.- Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient ». La relation se créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien	
--	--	---	--

		particulier. Cette relation est évolutive, elle s’inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.	
Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L’empathie - L’écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Confiance</i> » (L18) - « <i>Communication</i> » (L21) - « <i>Savoir rassurer dans son dialogue</i> » (L21) - « <i>S’adapter en fonction des pathologies de chacun</i> » (L21-22) - « <i>Rester calme, être doux, trouver le juste milieu</i> » (L24)
Question 3 : Qu’est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Un manque de patience</i> » (L27) - « <i>Si l’on brusque le patient</i> » (L28) - « <i>Cela engendre une perte de confiance</i> » (L29-30)

			<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas « <i>prendre sur moi</i> » (L31), ou « <i>montrer au patient que je suis submergée par l'énervement ou l'agacement</i> » (L32) - « <i>Une mauvaise communication</i> » (L35)
Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Ne pas faire de différence entre chacun</i> » (L41-42) - « <i>Traiter tous les patients de la même façon</i> » (L42)
Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>De s'attacher et de ne pas réussir à garder cette relation comme professionnelle</i> » (L44-45)

			<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Faire trop de lien avec ton vécu personnel</i> » (L45) - « <i>S'il n'y a pas une bonne communication dans l'équipe</i> » (L52)
Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Le port de la blouse blanche - L'utilisation du vouvoiement - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>L'expérience</i> » (L55) - « <i>La personnalité</i> » (L55) - « <i>Le fait de toujours vouloir prendre soin du patient</i> » (L56-57)
<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?</p>	Émotions du soignant		<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Oui</i> » (L65)

Entretien avec Émilie, infirmière en EHPAD

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d’attendre de l’autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l’aide et le soutien de 	<ul style="list-style-type: none"> - « Relation de confiance dans les deux sens » (L8)

		<p>la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions ». (POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none">- Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.- Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient ». La	
--	--	---	--

		<p>relation se créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier. Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.</p>	
<p>Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L'empathie - L'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « La confiance » (L19) - « Les émotions » (L19) - « Savoir garder une distance mais tout en laissant parler ses émotions » (L21-22) - « Faire preuve d'empathie » (L22) - « Rester soi-même » (L24) - « Sans se laisser déborder par les émotions » (L25)

			<ul style="list-style-type: none"> - « C'est un juste milieu avec la distance et les émotions » (L26)
Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Se laisser déborder par ses émotions » (L28) - « Avoir trop d'émotions » (L28-29) - Ne pas « savoir faire la part des choses entre le travail et le privé » (L30) - Ne pas « savoir faire la différence » (L32) - « Ramener le travail dans tes problèmes personnels et que cela empiète sur ta vie personnelle » (L33-34) - « Si le soignant ne lâche pas prise du travail au domicile » (L34-35) - « Va garder tout » (L35) - S'il n'a « pas déconnecté » (L36) - « De ne jamais lâcher prise » (L37) - « De toujours ramener au travail » (L37)

			<ul style="list-style-type: none"> - « De ne pas savoir mettre un stop aux émotions que t’as eu au travail et à celles dans le privé » (L38-39)
Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C’est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d’être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l’autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il n’existe pas de vraie distance » (L44) - « Il n’y a pas une distance professionnelle » (L44) - « Elle va s’adapter à chaque patient » (L45) - « Elle ne va pas être la même pour tout le monde » (L45) - « Pour chaque professionnel elle va être différente » (L46) - « Envers chaque patient elle sera différente » (L46) - « Cela dépend de la prise en charge des patients » (L50) - « La distance, elle s’adapte » (L55-56), « En fonction de la demande du patient » (L56)

<p>Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « La demande du patient » (L58) - « Le transfert » (L58), « que ce soit par rapport à nos expériences professionnelles ou personnelles qu'on a pu avoir au cours de notre vie, qu'on soit jeune ou moins jeune » (L58-60) - Si les patients sont « des gens qui peuvent nous faire penser à des gens de notre famille » (L67) - « Faire un gros contre-transfert » (L68) - Si les patients « nous rappellent quelqu'un que l'on apprécie » (L70)
<p>Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le port de la blouse blanche - L'utilisation du vouvoiement 	<ul style="list-style-type: none"> - « L'expérience » (L73) - « L'expérience permet d'avoir un certain recul » (L76)

		<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « le fait de gérer ses émotions » (L76-77)
<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?</p>	Émotions du soignant		<ul style="list-style-type: none"> - « Oui » (L80)

Entretien avec Céline, infirmière en EHPAD

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée 	<ul style="list-style-type: none"> - « Intense » (L9) - « Authentique » (L9) - « Pleine de bienveillance et d'empathie » (L10) - « d'écoute » (L10)

		<p>jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions ». (POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none">- Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.- Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient ». La relation se	
--	--	---	--

		<p>créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier.</p> <p>Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.</p>	
<p>Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L'empathie - L'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « L'authenticité » (L13) - « la vérité » (L13) - « la sincérité » (L13)
<p>Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Quand l'on fait un transfert » (L15)

			<ul style="list-style-type: none"> - « quand la situation te rappelle quelque chose de ton expérience personnelle » (L15-16)
<p>Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?</p>	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est essayer de ne pas transférer quoique ce soit dans la relation » (L20-21) - « prendre l'autre tel qu'il est » (L21) - « avoir des conseils ou des explications qui soient vraiment théorique, sans trop de vécu personnel » (L22)
<p>Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?</p>	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « le transfert » (L27) - « si tu as l'impression que cela pourrait être ta fille ou ta mère » (L27-28)

<p>Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le port de la blouse blanche - L'utilisation du vouvoiement - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « Je ne sais pas si je la garde tout le temps, non je pense que je suis souvent très très proche des patients » (L32-33)
<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?</p>	<p>Émotions du soignant</p>		<ul style="list-style-type: none"> - « Oui » (L40)

Entretien avec Marie, infirmière en gastrologie

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d’attendre de l’autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l’aide et le soutien de la personne soignée 	<ul style="list-style-type: none"> - « comme un apport de soin à une personne qui a besoin d’être soignée » (L7-8) - « un service » (L8) - « une profession » (L8) - « une relation qui est éphémère » (L8-9)

		<p>jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions ». (POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none">- Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.- Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient ». La relation se	
--	--	---	--

		<p>créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier.</p> <p>Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.</p>	
<p>Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L'empathie - L'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « l'empathie » (L12) - « le besoin d'apporter le soin à la personne malade » (L12) - « C'est une vocation » (L12-13)
<p>Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « la charge de travail » (L14)

			<ul style="list-style-type: none"> - « des fois on n'a pas le temps d'accorder autant de temps que l'on voudrait aux patients » (L14-15)
Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est le fait que chacun soit à sa place » (L17) - « la personne a besoin de soins et nous on a un uniforme professionnel » (L17-18) - « c'est comme si on mettait un masque le matin » (L18) - « On doit faire un peu abstraction de nos vies » (L19) - « C'est une barrière » (L20)
Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « Le fait de faire des transferts » (L32) - « quand je reçois par exemple un patient qui a un enfant du même âge que le miens » (L32-33) - « quand je prends en soin un enfant de l'âge du miens » (L33-34)

			<ul style="list-style-type: none"> - « des liens qui peuvent se créer » (L34-35)
<p>Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le port de la blouse blanche - L'utilisation du vouvoiement - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « Le fait de mettre sa vie privée de côté » (L24) - « de ne pas avoir d'échange personnel » (L24) - « Le fait de se réfugier derrière un objectif à accomplir » (L26-27) - « Le fait de porter un uniforme » (L28) - « je compare ça souvent à comme si on allait rentrer dans une pièce de théâtre » (L28-29) - « On se met dans un rôle ou l'on devient le soignant, comme un acteur, on est acteur du soin » (L29-30)

<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?</p>	<p>Émotions du soignant</p>		<p>- « Oui je pense » (L38)</p>
---	-----------------------------	--	---------------------------------

Entretien avec Christian, infirmier en chirurgie orthopédique

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d’attendre de l’autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l’aide et le soutien de la personne soignée 	<ul style="list-style-type: none"> - « la base de la prise en charge du soigné et de l’implication du soignant » (L7) - « relation d’empathie de la part du soignant » (L8) - « de confiance de la part du soigné » (L8)

		<p>jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions ». (POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none">- Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin.- Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre le soignant et « son » patient ». La relation se	
--	--	---	--

		<p>créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier.</p> <p>Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.</p>	
<p>Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L'empathie - L'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « conditions de travail » (L11) - « l'empathie du soignant » (L11) - « la confiance du soigné » (L11) - « le sens de l'écoute du soignant » (L11-12) - « le respect du soignant et du soigné » (L12)

			<ul style="list-style-type: none"> - « l'explication de la prise en charge par le soignant » (L12-13) - « les connaissances du soignant » (L13)
Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « Le comportement du soignant ou du soigné » (L15) - « la méconnaissance du soignant » (L15) - « les différentes orientations religieuses du soigné » (L15-16) - « l'inexpérience du soignant » (L16) - « l'impatience et l'exigence du soigné » (L16-17) - « les conditions de travail » (L17) - « manque de personnel » (L17-18) - « temps » (L18)
Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne 	<ul style="list-style-type: none"> - « assimilé à l'empathie » (L20) - « c'est le savoir être » (L20)

		<p>de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « elle peut être différente d'un patient à un autre pour un soignant » (L21-22) - Elle peut être « large avec un patient » (L22) et « rapprochée avec un autre patient » (L23) - « affinités » (L24) - « points communs » (L24) - « confiance » (L24) - « elle est aléatoire » (L26) - « au cas par cas » (L26) - « elle est variable » (L26) - « comportement de soignant » (L27)
<p>Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « L'inexpérience » (L30) - « stress » (L30) - « L'émotivité » (L31) - « la méconnaissance » (L32) - « l'ignorance...du soignant et du soigné » (L32)

<p>Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le port de la blouse blanche - L'utilisation du vouvoiement - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « l'expérience » (L35) - « les connaissances » (L35) - « les compétences » (L35-36) - « l'habitude » (L36)
<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n'impactent pas votre travail ?</p>	<p>Émotions du soignant</p>		<ul style="list-style-type: none"> - « Non, je fais en sorte que non » (L39) - « on endosse un rôle lorsqu'on arrive sur notre lieu de travail » (L41) - « on a un uniforme » (L41-42) - « cet uniforme nous fait endosser une fonction » (L43) - « À partir du moment où j'arrive à l'hôpital et où je prends mon poste je ne suis plus la même personne, je suis un infirmier en charge de soigner » (L43-45)

Entretien avec Maude, infirmière en hémodialyse

Questions	Thème	Cadre de référence	Discours
Question 1 : Comment définiriez-vous la relation soignant/soigné ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - « La relation soignant-soigné met en présence une personne vulnérable et une personne en position de force » et « Chacun est en droit d’attendre de l’autre respect et considération ». (Pascal PRAYEZ) - Cette relation, est un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé ». Elle « a pour but l’aide 	<ul style="list-style-type: none"> - « la relation soignant/soigné peut être hyper variable par rapports aux soignants et par rapports aux soignés » (L7-8) - « tu ne vas pas avoir la même relation soignant/soigné avec une personne qu’avec une autre » (L8-9) - « liée à l’âge » (L11) - « liée aux expériences de vie » (L11) - « aux choses que l’on peut aimer, que l’on peut avoir en commun » (L11-12) - « tu as moins de barrières par exemple avec des patients qui sont

		<p>et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie » et « permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions ». (POTIER)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit du lien entre le soignant et la personne soignée. Le statut des deux individus n'est donc pas le même. Le patient, a besoin d'aide alors que le soignant, lui a pour mission d'aider le patient en réalisant des soins dont il a besoin. - Selon PRAYEZ, « un lien privilégié et protecteur se tisse entre 	<p>plus jeunes, ils vont avoir plus de facilité à te parler » (L12-13)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « la relation peut être hyper variable qu'importe qui tu es, à quel moment de ta journée tu es aussi » (L28-29) - « si tu es à la fin de ta série de cinq jours, que tu en as bavé, tu ne vas pas avoir la même patience et la même relation avec les patients » (L29-30)
--	--	--	---

		<p>le soignant et « son » patient ». La relation se créant dans un contexte particulier ou le patient est dans un certain moment de faiblesse et nécessite la prodigation de soins, amène en effet à un lien particulier. Cette relation est évolutive, elle s'inscrit dans différents registres selon la situation et peut en changer au fil du temps.</p>	
<p>Question 2 : Pouvez-vous me dire les éléments qui vous semblent essentiels à la relation soignant/soigné ?</p>	<p>Relation soignant/soigné</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La relation de confiance - La communication - L'empathie - L'écoute 	<ul style="list-style-type: none"> - « La confiance » (L39) - « je ne vais pas avoir la même relation avec quelqu'un en qui je peux avoir confiance » (L40) - « l'écoute » (L50) - « L'attention » (L57)

			<ul style="list-style-type: none"> - « qui a pris le temps de lui expliquer, de rigoler » (L70)
Question 3 : Qu'est-ce qui selon vous pourrait impacter cette relation ?	Relation soignant/soigné	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de se laisser envahir et submerger par ses émotions. 	<ul style="list-style-type: none"> - « La personnalité de chaque professionnel » (L75) - « comment tu vas leur parler » (L79) - Ne pas « prendre le temps de calmer un peu sa personnalité » (L84-85) - « quels mots tu vas employer » (L79) - « si tu n'as pas confiance » (L98) - « si tu manques d'écoute » (L99)
Question 4 : Que représente pour vous la distance professionnelle ?	Distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une sorte de barrière, de limite qui aide à garder une ligne de conduite dans sa profession. Elle permet d'être assez proche pour pouvoir ressentir les 	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est le fait de savoir que tu es au travail » (L101) - « ta vie personnelle n'a pas à rentrer en lien avec ton travail et inversement » (L101-102) - « il y a certains stades » (L111-112)

		<p>besoins de l'autre tout en préservant son bien-être physique et psychologique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « il y a des choses de ta vie personnelle que tu ne vas pas amener au travail » (L112) - « c'est chacun son degrés » (L114) - « je suis contre le fait de tutoyer des patients au travail, même des jeunes » (L114) - « il faut garder ce côté très humain » (L134)
<p>Question 5 : Qu'est-ce qui pourrait impacter cette distance professionnelle ?</p>	<p>Distance professionnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un transfert de la part du patient - Un contre transfert de la part du soignant en réponse à un transfert du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - « La situation » (L138) - « si déjà tu n'es pas entouré toi dans ta vie professionnelle » (L139-140) - « si tu n'as pas des gens à qui tu peux te confier » (L140) - « L'environnement du travail » (L146) - « si tu es dans un environnement de travail très hostile ou il n'y a pas d'entraide d'équipe » (L146-147)

			<ul style="list-style-type: none"> - S'il n'y a pas « de communication » (L148) - « la blouse blanche » (L150) - « la blouse blanche ça rassure et ça fait peur en même temps » (L150-151) - « d'un côté tu as la confiance ultime en le médecin et l'infirmière parce qu'ils portent la blouse blanche mais d'un autre côté tu ne vas pas pouvoir leur dire les mêmes sentiments qu'avec quelqu'un de lambda » (L154-156) - « le rapport avec la famille » (L157) - « l'entourage » (L159) - « toutes les personnes autour du patient » (L159-160)
Question 6 : Qu'est-ce qui vous permet de garder une distance professionnelle adaptée ?	Distance professionnelle	- Le port de la blouse blanche	- « la conscience professionnelle » (L163-164)

		<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation du vouvoiement - L'utilisation d'un vocabulaire médical - L'utilisation d'une tonalité de voix forte 	<ul style="list-style-type: none"> - « je me l'interdis parce que je veux garder ce côté travail et que cela ne vienne pas impacter mon quotidien » (L166-167) - « c'est pour te protéger » (L169) - « toute chose n'est pas bonne à dire » (L170) - « ils n'ont pas besoin de savoir » (L171-172) - « à toi de te dire qu'est-ce que je fais, dans quel but je le fais et qu'est-ce que j'attends derrière » (L173-174) - « tous les moments que tu vas partager avec tes collègues » (L175) - « les moments où tu vas te retrouver qu'entre collègues ou tu vas rire, décompresser » (L176-177)
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - « le fait de se sentir entouré » (L178-179) - « de sentir que si tu veux en parler tu peux » (L179) - « savoir décompresser » (L181) - « détendre l’atmosphère par moment » (L182-183) - « relativiser sur la situation » (L184-185) - « avoir confiance en ses collègues » (L186-187)
<p>Question 7 : Pensez-vous que vos émotions personnelles peuvent impacter la relation soignant/soigné ?</p> <p>Si oui : Pouvez-vous me raconter une situation professionnelle ou vos émotions ont pu impacter votre relation au patient ?</p> <p>Si non : Comment faites-vous pour que celles-ci n’impactent pas votre travail ?</p>	Émotions du soignant		<ul style="list-style-type: none"> - « C’est certain » (L190)

Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Victoria LALIERE

Promotion : 2020-2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) Émotions du soignant et distance professionnelle

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 24/05/2023 Signature :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Victoria Laliere'.

Émotions du soignant et distance professionnelle

Résumé :

Ce travail de fin d'étude traite des émotions du soignant et de la distance professionnelle, j'ai cherché à savoir : ***en quoi la distance professionnelle dans la relation soignant-soigné peut-elle être altérée par les émotions du soignant ?***

Pour cela, j'ai effectué de nombreuses recherches à travers différentes lectures d'ouvrages et d'articles traitant de la relation soignant-soigné, de la distance professionnelle ou des émotions du soignant. Cela m'a amené à la réalisation de mon cadre de référence.

Afin de comparer le résultat de mes recherches à la réalité du terrain, j'ai enquêté auprès de différents professionnels. J'ai mené six entretiens semi-directifs dont trois avec des infirmiers exerçant en service de médecine et trois avec des infirmiers travaillant en EHPAD.

Pour finir, j'ai analysé les entretiens à l'aide d'une grille d'analyse afin de confronter le terrain à mon cadre de référence. J'ai pu m'apercevoir que la relation soignant/soigné se fondait sur une relation de confiance ainsi que sur l'authenticité, l'empathie et l'écoute et que celle-ci pouvait être impactée par la charge de travail et le manque de temps des soignants. J'ai également constaté que la distance professionnelle était singulière et subjective suivant les personnes concernées, qu'elle pouvait être altérée par les émotions du soignant ainsi que la présence de mécanismes tel que le transfert et le contre transfert et que l'élément principal qui permettait de garder une distance professionnelle adaptée était l'expérience.

231 mots

Mots clés : Distance professionnelle, émotions, relation soignant-soigné, affect

Nurses' feelings and Professional distance

Abstract :

This end of course assignment relates of nurses's feeling and professional distance. I have tried to find out : ***how professional distancy can alter the relationship between the carer and the patient when emotions step in ?***

For that, I have done many researches through articles & specialised books mentioning this particular relationship, the professional space and nurses's emotions. This led me to the realization of my reference framework.

To compare my research results & the reality on the field, I realized six structured interviews, three of which with nurses working in the medical service and three with nurses working in nursing homes for seniors.

Finally, I analyzed the interviews using an analysis grid in order to compare the field with my frame of reference. I was able to see that the relationship between the carer and the patient was based on trusting relationship as well as authenticity, empathy and listening & that could be impacted by the workload and the lack of time workers can have. It also highlighted that professional distance was singular and subjective to everyone depending on the people concerned, it could be altered by the caregiver's emotions as well as the presence of mechanisms such as transference and counter-transference and that the main element that made it possible to keep an appropriate professional distance was experience.

221 words

Keywords : Professional distance, emotions, relationship between the carer and the patient, affect