



Jessica Deschandeliers
Promotion 2023-2026
I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.
G.I.P.E.S. d'Avignon et
du Pays du Vaucluse

Quand les émotions sculptent la relation de soin



Unité d'enseignement 5.6 S6
Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles
Directeur de Mémoire : Mme Elodie THOMAS
Date de restitution : 26 mai 2026

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

Ce travail vient clôturer trois années d'études qui ont profondément transformé la personne que j'étais et ont participé à construire celle que je suis aujourd'hui. Ce parcours n'a pas toujours été facile, bien au contraire. Il a été fait de doutes, de remises en question mais aussi d'apprentissages, de rencontres et d'évolutions personnelles ! On dit souvent que c'est dans la difficulté que l'on apprend et avec le recul, je comprends aujourd'hui à quel point cela est vrai. Ces épreuves ont donné encore plus de valeur à ce chemin et rendent aujourd'hui l'aboutissement de ce travail d'autant plus précieux.

Je tiens à remercier dans un premier temps ma directrice de mémoire, Mme Elodie Thomas, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de ce travail. Son regard et ses apports m'ont permis d'avancer et de structurer ma réflexion.

Je remercie également l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour la transmission de leurs savoirs et leur engagement. Une pensée particulière pour ma référente pédagogique, Mme Caroline Florindo, qui a su être présente dans les moments de doute, m'encourager et me soutenir lorsque cela était nécessaire.

Je remercie tout particulièrement mes amies Aude, Raquel et Adriane. Ces trois années n'auraient pas été les mêmes sans vous. Nous avons partagé des moments intenses, faits de rires, de larmes, de questionnements et de soutien mutuel. Votre présence a été précieuse, et je garderai ces souvenirs avec beaucoup d'émotion.

Enfin, je remercie du fond du cœur mon mari et mes enfants. Merci pour votre patience, votre soutien au quotidien et votre compréhension face aux moments où j'étais moins disponible.

Vous avez supporté mes absences et mes sautes d'humeur et sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible.

« N'oublions pas que les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies, et qu'à celles-là nous obéissons sans le savoir » (Van Gogh, 1888).

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT	3
3. QUESTION DE DEPART	9
4. CADRE DE REFERENCE.....	10
4.1 L'intelligence émotionnelle	10
4.1.1. L'affect	13
4.1.2. L'empathie.....	14
4.2 La juste distance	17
4.2.1. L'alliance thérapeutique	20
4.2.2. L'écoute active	22
4.3. La relation de soin	23
4.3.1 La relation d'aide.....	25
4.3.2 La reconnaissance de la subjectivité du patient.....	26
5. ENQUETE EXPLORATOIRE	28
5.1 Méthode de recherche	28
5.2 Outils.....	29
5.3 Population choisie.....	29
5.4 Lieux d'investigation	30
5.5 Guide d'entretien.....	30

5.6	Présentation et synthèse des entretiens.....	31
6.	ANALYSE CROISEE	35
6.1.	L'intelligence émotionnelle	35
6.1.1	L'affect.....	36
6.1.2	L'empathie	37
6.2.	La juste distance	38
6.2.1	L'alliance thérapeutique.....	40
6.2.2	L'écoute active	41
6.3.	La relation de soin	42
6.3.1	La relation d'aide.....	42
6.3.2	La subjectivité du patient.....	43
6.4	Conclusion de l'analyse croisée	44
7.	LIMITES DE L'ENQUETE.....	45
8.	PROBLEMATIQUE	47
9.	QUESTION DE RECHERCHE.....	49
10.	CONCLUSION	50
11.	BIBLIOGRAPHIE	52
12.	SOMMAIRE DES ANNEXES	55

1. INTRODUCTION

Durant la formation à l'institut de formation en soins infirmiers, nous recevons des cours très théoriques sur le soin relationnel qui peuvent nous guider, mais une fois sur le terrain, ces acquis paraissent parfois abstraits.

Mes expériences de stage m'ont montré que le soin ne se limite pas à des actes techniques. En effet, le thème de l'émotion revenait souvent dans chacune de mes analyses. Je me suis constamment remise en question sur ma posture d'étudiante et sur l'impact de mes propres émotions dans la relation avec l'autre, tout comme je me questionne sur ma posture en tant qu'individu dans ma vie quotidienne.

Au fil de mes stages, quelque chose m'a régulièrement troublée, cet impératif, souvent formulé comme une évidence à rester « neutre émotionnellement ». Je l'ai entendu de la part de soignants expérimentés et parfois senti peser dans certains services. Et à chaque fois, cela m'a posé question car il me semble pour moi difficile de soigner en faisant abstraction de ses propres émotions et sa propre sensibilité, autrement dit tout ce qui fait de nous un sujet à part entière. Comme le souligne Walter Hesbeen « Le soin ne peut être réduit à une technique ; il est avant tout une relation. ». Cela m'a amenée à me demander si les émotions ne pourraient pas, à condition d'être reconnues et travaillées, devenir une ressource plutôt qu'un biais. Et de là est venue ma question de départ :

En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?

Pour y répondre, j'ai eu besoin de comprendre comment nous pouvons devenir émotionnellement intelligents, est-ce vraiment possible ? est-ce inné ? Ensuite, j'ai voulu comprendre ce que les soignants mettent derrière ce concept de « juste distance », parce que selon les personnes que j'ai rencontrées, il ne résonne pas du tout de la même façon. Pour certains, c'est une protection. Pour d'autres, c'est presque une injonction à se couper de soi. Et puis il y a la relation de soin elle-même, ce qui se passe vraiment dans cet espace entre deux personnes, l'une qui traverse quelque chose de difficile, l'autre qui tente d'être là sans se perdre dans cette relation.

Mon travail s'organise en plusieurs temps. Dans une première partie, je pars donc d'une situation vécue en stage, en mettant en évidence les questionnements qu'elle a suscités. Ces interrogations m'amènent à identifier les concepts autour desquels j'ai construit ma réflexion.

Ensuite, la deuxième partie est consacrée à l'élaboration du cadre de référence. J'y aborde différents concepts et sous-concepts que j'ai identifiés dans ma situation de départ. Je commence par explorer les émotions du soignant à travers la notion d'intelligence émotionnelle, puis j'aborde l'impact de l'affect et la place de l'empathie dans la relation de soin. J'analyse ensuite la juste distance, en m'intéressant à l'importance de l'écoute active et à la manière de créer une alliance thérapeutique. Enfin, j'évoque le thème de la relation de soin, qui me permet d'aborder la relation d'aide et de mettre en avant la reconnaissance de la subjectivité du patient.

Je présente ensuite dans la troisième partie la méthodologie mise en place dans le cadre de ce travail. Elle s'appuie sur la méthode clinique et repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs effectués auprès de professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier. Ces entretiens permettent une analyse en confrontant les données recueillies et les apports théoriques développés précédemment.

Puis pour terminer, ce travail se conclut par une problématique qui conduit à une question de recherche.

2. SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT

La situation se déroule dans un hôpital de jour de psychiatrie dans lequel se passe mon premier stage de deuxième année d'étudiante infirmière. L'hôpital de jour est une structure de soins qui est une alternative à une hospitalisation complète où les patients sont admis suite à un entretien d'accueil à la demande de leur médecin psychiatre. L'admission se fait par le psychiatre interne et un infirmier puis par la suite un contrat est signé entre les parties qui n'a aucune valeur d'obligation.

Seules les personnes stabilisées, c'est-à-dire qui sont sous traitement médicamenteux leur permettant un état suffisamment contrôlé sont reçues dans ce cadre qui permet une continuité de soins en groupe, en journée complète ou demi-journée leur offrant des activités thérapeutiques.

Ces activités thérapeutiques proposées aux patients sont diverses et ont pour objectif de lutter contre l'isolement, maintenir un lien sociale, explorer le rapport au corps et renforcer la confiance en soi et aussi de stimuler les capacités cognitives et sensorielles, renforcer la capacité d'adaptabilité et d'anticipation. Elles offrent aux patients un espace pour affronter et dépasser leurs angoisses avec le soutien du groupe et des soignants, tout en retrouvant du plaisir et une valorisation dans leur efforts.

Cet établissement est géré par cinq soignants dont quatre infirmiers et une aide-soignante, épaulés par une agent de service hospitalier. Y intervient également une psychologue présente pour l'activité « temps d'échanges » pendant laquelle chaque personne prend la parole et engage ainsi une conversation, un psychiatre qui anime les entretiens individuels et permet un changement d'atelier selon les envies et les besoins des patients et une art-thérapeute supervise l'atelier d'art-thérapie qui consiste à engager les patients dans la création artistique de leur choix.

Lors de mon premier jour de stage, je suis reçue avec les autres stagiaires de l'IFSI, au service de psychiatrie où il nous est fait une présentation du fonctionnement de l'établissement. Ce temps dédié à la présentation durant la matinée complète. Par la suite, je rejoins en voiture mon service en hôpital de jour qui se situe dans le centre de la ville, hors du complexe hospitalier.

Sur la route, l'inconnu me submerge, je ne connais ni les lieux, ni les patients, ni leurs réactions possibles. Une appréhension diffuse m'accompagne alors. C'est la première fois que je vais être

si proche de personnes atteintes de pathologies psychiatriques, je suis novice et je n'ai quasiment aucune connaissance hormis la théorie apportée par l'IFSI. Cette confrontation directe entre la théorie et la pratique provoque chez moi un sentiment de déséquilibre à l'approche de cette mise en situation réelle. Un déséquilibre qui de plus est accentué par la représentation sociale stigmatisante de la psychiatrie. J'entends par là la façon dont les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont perçues comme dangereuses.

A mon arrivée, je découvre qu'il s'agit d'une maison entourée d'un grand jardin et d'un potager, avec un cadre chaleureux et accueillant. Il est midi, l'heure du repas. L'équipe m'accueille, tous en tenue civile, se présente et m'explique que les déjeuners sont des repas thérapeutiques, c'est-à-dire que chaque soignant s'installe à la table en compagnie des patients et pour engager des échanges, observer leur état émotionnel, repérer une crise ou une non-observance du traitement. Il s'agit d'une situation de soin encadrée, où le repas devient un outil thérapeutique à part entière. C'est un moment structurant, relationnel et observateur pendant lequel il est possible de voir le rapport à l'alimentation, le comportement en groupe et de favoriser la socialisation et la réinsertion. Pour ce faire, il est important de « savoir » observer, de percevoir les troubles éventuels des patients, ce qui, me concernant, ne relève pas de mes capacités pour le moment. Pour un étudiant novice, il est opportun, pour le bon encadrement des patients, d'être accompagné d'un professionnel lors de ces repas thérapeutiques.

Je m'avance avec l'équipe vers la salle à manger en m'imaginant que ce serait une grande table collective. Je pense en somme que je ne serai pas seule, pas déjà... je me sens trop vulnérable et pas du tout armée pour faire face à ces patients sans être accompagnée d'un professionnel expérimenté. En effet, comment vais-je pouvoir les observer sans être intrusive et sans ce « savoir » nécessaire au repas thérapeutique ? Comment fait-on pour entrer en relation de manière authentique avec ces personnes ? Sachant que les personnes en souffrance psychique perçoivent les signaux émotionnels de leur interlocuteur, cela freine ma spontanéité.

Je découvre qu'il s'agit de sept petites tables réunissant trois ou quatre patients à chacune d'elle avec une place dédiée pour les soignants et l'agent de service hospitalier. On m'invite à choisir ma place et cette liberté soudaine me déstabilise.

Quelle est la stratégie recherchée par l'équipe à ce moment ? Pourquoi me laissent-ils seule ? Voudraient-ils tester ma façon d'entrer en relation avec les patients ? Ou n'ont-ils seulement pas réfléchi à l'impact que cela peut avoir sur moi ? Je pense qu'il est essentiel en tant que professionnel formateur d'apprécier l'émotion du stagiaire arrivant dans ce type de lieu

d'accueil afin de déconstruire les préjugés et qu'il puisse s'approprier progressivement l'espace et tisser des liens avec les personnes dans une certaine douceur or, comment l'équipe peut apprécier mon anxiété en m'accordant cet accueil quelque peu négligent ? Ce sentiment de mise à l'épreuve, même s'il est peut-être involontaire de la part de l'équipe, influe fortement sur ma posture d'étudiante. Effectivement, ne pas me proposer d'observation accompagnée ou d'intégration progressive a renforcé l'insécurité relationnelle et a nui à ma posture soignante en construction. De plus, la peur de l'imprévisible amplifie mon stress, surtout en l'absence de repères concrets ou d'accompagnement.

Je dois choisir ma table sans savoir qui ils sont, sans savoir pourquoi ils sont là. Je m'installe alors là où se trouve déjà trois patients d'un âge similaire au mien. Je me présente, leur explique pourquoi je suis avec eux pour les semaines à venir mais une crainte m'envahit : la gêne de rester muette, d'être trop formelle sans en avoir la légitimité ou encore trop familière par maladresse. Je n'arrive pas à me positionner entre l'observation et la participation mais aussi entre la distance professionnelle et la proximité humaine. De plus, des préjugés me poussent à me questionner et me mettent en difficulté : « Vont-ils faire une crise ? Quel est le poids des mots et des questions que je leur adresse ? Perçoivent-ils mon malaise et pourraient-ils s'en servir ? Les soignants autour m'observent-ils, me jugent-ils ? Trop d'interrogations alors que je suis en quête de ma place, tiraillée entre mon statut d'étudiante et celui de professionnelle en devenir. Ces interrogations montrent que je me situe dans une posture en construction, je ne suis pas encore professionnelle, je suis là pour apprendre, mais aussi pour expérimenter.

C'est alors que, dans un élan spontané, je prends l'initiative de leur demander s'il est possible de les tutoyer, sûrement pour essayer de dissiper mon appréhension, ou encore de créer un lien moins informel ? Ou alors est-ce simplement le contexte dans lequel je me trouve (maison, repas « convivial »...) ? Ils acceptent aisément le tutoiement. Je suis à ce moment-là à la recherche d'une stratégie quelconque pour redescendre mon état d'anxiété à un niveau plus supportable. Je cherche également à savoir comment entrer en relation avec eux en utilisant mes expériences personnelles passées, en faisant des essais qui parfois sont des erreurs puisque dès que je commence le tutoiement, un nouveau sentiment de malaise surgit, un sentiment de franchissement de limites. Je perds ma place que je n'ai pas encore trouvée.

Ce moment m'interroge sur le concept de juste distance. En cherchant à créer un lien et à apaiser mon propre malaise, ce tutoiement spontané révèle la difficulté à poser des limites claires alors que je suis encore dans une posture en construction.

Ai-je manqué de discernement ? de cadre professionnel ? Ce choix, fait sous l'effet de l'émotion et du stress, fragilise-t-il mon positionnement en tant que soignante ? Est-ce vraiment une erreur ?

Je ne prends pas le temps d'évaluer leur perception concernant ce tutoiement. Est-ce vraiment compatible avec une première approche ? Je me surprends à craindre que ces patients peuvent peut-être être « assez fous » (un stigmate que je m'en veux de porter), et exploite cette vulnérabilité contre moi. Je crains qu'ils interprètent mal la nature de notre relation. Je me dis immédiatement que je ne peux plus être prise au sérieux et pense avoir brisé un lien de confiance avant même de l'avoir établi. Je sens alors que ce tutoiement crée instantanément une promiscuité qui m'a dérangée. Le tutoiement, en apparence anodin, engage pourtant une certaine intimité relationnelle qui peut brouiller les repères dans cette relation de soin naissante. Dans ma situation, le tutoiement peut avoir une influence sur la perception de la relation et être vécu comme une intrusion ou, au contraire, comme une marque de proximité rassurante, en fonction du vécu des patients.

Alors, après m'être posée toutes ces questions sur l'impact de l'utilisation du tutoiement, sans en expliquer la raison aux patients, je reviens au vouvoiement. J'ai honte de ne pas me justifier mais je n'arrive pas à trouver les bons mots dans l'instant et je crois avoir perdu encore plus de crédibilité. Je préfère donc me taire. Pourtant, paradoxalement, au fil des semaines, c'est avec l'un d'eux, Nicolas, que je tisse le plus de lien en faisant toutes les activités en sa présence, en essayant de comprendre ce qu'il ressent et vit intérieurement et dans sa vie de tous les jours. Concernant les deux autres patients qui étaient à la même table, je n'ai pas eu l'occasion de les voir régulièrement.

Il est souvent dit que le vouvoiement montre du respect et garde une certaine distance, alors que le tutoiement peut donner une impression de proximité plus naturelle. Alors, le vouvoiement est-il vraiment un frein pour établir une relation avec un patient ? Une relation chaleureuse et humaine peut-elle exister avec le vouvoiement ? Le vouvoiement est-il à cet instant, une marque de respect ou une façon de se protéger ?

Ce lien qui se crée avec Nicolas vient-il d'un sentiment de culpabilité ? En effet, je veux en quelques sortes réajuster notre relation en lui montrant le respect que je lui porte. De son côté, le retour au vouvoiement ne semble pas le perturber, peut-être par bienveillance, il ne l'a pas relevé ni même exprimé d'animosité à mon égard.

Après avoir discuté avec l'équipe de ce tutoiement sans les informer de mon inconfort, ils m'expliquent que eux-mêmes choisissent le vouvoiement afin de pouvoir laisser une distance relative avec les patients. Ils me font comprendre qu'il est nécessaire que mon adaptation soit progressive et que chacune de ces expériences mêmes maladroites, contribuent à mon évolution dans ma construction de future professionnelle. Ce que je comprends et valide parfaitement. Mais alors, pourquoi m'avoir plongée d'emblée dans une telle situation dès les premiers instants ? Ce questionnement montre l'importance du rôle formateur de l'équipe encadrante. Une approche pédagogique explicite permettrait d'éviter des malentendus ou des expériences vécues comme insécurisantes, et favoriserait un apprentissage plus serein. Je ne leur ai pas posé la question, peut-être par pudeur, je ne voulais pas leur montrer ma limite qui est ma difficulté à rentrer en relation avec l'autre.

Cette situation me montre que mon inquiétude a occupé tout mon esprit au point de réduire ma disponibilité et de mettre de côté les ressentis du patient pourtant au cœur de la démarche soignante. Elle me permet aussi de me remettre en question sur mon positionnement, ma pratique et sur mes propres limites. Je prends conscience que toutes les émotions que je ressens viennent d'un manque de connaissance, de mon désir de vouloir bien faire et la volonté d'entrer en relation sans nuire.

Mais comment, en tant que professionnel, tracer la juste distance ? Cette distance, justement, peut-elle me permettre de rester plus objective, de prendre des décisions basées sur la clinique du patient sans être submergée par mes propres émotions ? Aussi, permet-elle de mettre en place une alliance thérapeutique plus saine ? D'instaurer pour le patient comme pour moi, un climat de sécurité et de confiance ? Tout en sachant que cette frontière n'est jamais figée. Elle dépend du contexte, de l'histoire du patient, du moment de la relation, mais aussi de la personnalité du soignant. Ici, l'intelligence émotionnelle prend tout son sens. Il s'agit non seulement de reconnaître ses propres émotions, mais aussi de les réguler pour ne pas qu'elles biaisent la relation. Être en capacité de les identifier, sans les nier, devient une compétence relationnelle essentielle.

En pleine phase d'identification professionnelle, je dois apprendre à adapter ma posture, ce qui suppose une connaissance de soi approfondie. Le rôle des encadrants est à mon sens crucial pour aider à objectiver ces ressentis et à poser des mots sur les ajustements nécessaires dans ma posture de soignante.

Pour conclure, trouver un équilibre entre proximité et distance afin de construire une relation thérapeutique à la fois sécurisante, respectueuse et authentique est pour moi essentiel pour que le patient soit en confiance. Cet équilibre est au cœur du métier infirmier, notamment en psychiatrie où la relation est souvent l'outil principal du soin. Il nécessite un travail constant de réflexion éthique et une supervision bienveillante. Cette posture professionnelle se construit dans la durée, à travers les erreurs et les remises en question.

3. QUESTION DE DEPART

Au regard de cette situation qui m'a amenée à m'interroger plus largement, se pose la question de départ suivante :

En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?

4. CADRE DE REFERENCE

Pour construire ce cadre de référence, je m'appuie sur différents auteurs qui m'ont aidée à mettre des mots sur ce que j'observais en stage et à mieux comprendre ce qui se joue entre soignant et soigné. Trois axes ont structuré ma réflexion : l'intelligence émotionnelle, la juste distance et la relation de soin.

4.1 L'intelligence émotionnelle

Avant d'aborder le concept d'intelligence émotionnelle, il me semble important de définir celui d'émotion. En effet, la compréhension des émotions constitue une base essentielle pour analyser leur place dans la relation de soin.

Selon les travaux de Catherine Mercadier (2017), sociologue et directrice de soins, l'émotion appartient principalement au domaine gestuel et s'exprime à travers les mimiques, les postures ou encore certaines réactions physiologiques. Elle souligne que ces manifestations corporelles constituent un véritable mode de communication dans la relation à l'autre. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (s. d.) définit quant à lui l'émotion comme une « *conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur* ».

Dans l'ouvrage *Les pouvoirs de l'intelligence émotionnelle* (2020), Rossi, Lauzol & Noyé, précisent que le terme « émotion » vient du mot latin *emovere*, qui signifie « mettre en mouvement ». Il est également écrit que de nombreuses définitions issues des travaux de neuroscientifiques et de psychologues mettent en évidence trois composantes principales : une réaction affective rapide, un mouvement, et une fonction d'adaptation.

Ces mêmes auteurs distinguent l'émotion du sentiment : l'émotion est brève et essentiellement corporelle, elle agit comme un signal d'alerte, tandis que le sentiment est une émotion qui s'installe dans la durée et dont on a conscience. La peur, par exemple, peut surgir de manière instantanée face à une situation donnée, puis se transformer en un sentiment d'anxiété plus durable une fois intégrée par le cerveau.

L'apparition d'une émotion s'inscrit dans une chaîne d'événements débutant par un stimulus perçu par les systèmes sensoriels, transmis au cerveau, provoquant une réaction corporelle avec sécrétion de substances hormonales, accélération du rythme cardiaque ou respiratoire,

notamment. Ce processus est d'abord non conscient. Ce n'est que dans un second temps que l'émotion est perçue par l'esprit, donnant naissance au sentiment, puis à un traitement cognitif conscient conduisant à des pensées et des actions volontaires (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 32). Identifier ces mécanismes et apprendre à les maîtriser permet de prendre du recul face aux situations vécues. Il n'est pas attendu des soignants qu'ils soient insensibles, mais qu'ils soient capables de reconnaître et de réguler leurs émotions grâce à une bonne maîtrise de soi.

Paul Ekman, professeur de psychologie, distingue six émotions primaires innées : la joie, la colère, la tristesse, la peur, la surprise et le dégoût. À celles-ci s'ajoutent des émotions dites secondaires, telles que la fierté, l'amusement, le mépris, le soulagement, la satisfaction, la gêne, le plaisir, l'amour, la honte ou encore la culpabilité. Ces émotions secondaires permettent d'enrichir et de nuancer les émotions de base. Selon Régis Rossi, conférencier, coach et expert en intelligence émotionnelle, il est également important de prendre en compte l'intensité variable des émotions, qui influe sur l'expression des sentiments. Les émotions transmettent des informations précieuses pour évaluer les situations et adapter nos comportements. Elles ont d'ailleurs joué un rôle essentiel dans la défense et la survie de l'être humain. Qu'elles soient agréables ou désagréables, elles s'accompagnent le plus souvent de réactions physiologiques variées.

Selon Margot Phaneuf, infirmière, les émotions influencent profondément les décisions, les actions et les interactions. Il est essentiel pour l'infirmier de ne pas se laisser submerger par elles afin de préserver la qualité de la relation soignant-soigné. Cette capacité de régulation renvoie directement au concept d'intelligence émotionnelle.

L'intelligence émotionnelle, qui est un concept largement utilisé par Daniel Goleman, psychologue et journaliste américain, permet de reconnaître, comprendre et réguler ses propres émotions tout en percevant celles des autres, favorisant ainsi des interactions adaptées et respectueuses. Elle repose notamment sur la conscience de soi, l'autorégulation, l'empathie et les compétences sociales et peut se développer avec l'expérience. Dans le cadre du soin, elle aide à maintenir une juste distance, à prendre des décisions réfléchies et à instaurer un climat de confiance, tout en limitant l'impact du stress ou des représentations sociales sur la prise en charge.

Le concept d'intelligence émotionnelle a été introduit en 1990 par Peter Salovey et John Mayer, psychologues, qui la définissent comme « *une forme d'intelligence qui suppose la capacité à gérer ses sentiments et émotions, et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser*

cette information pour orienter ses pensées et ses actions » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 50).

Dans son ouvrage *L'intelligence émotionnelle*, publié en 2014, Daniel Goleman, souligne que l'intelligence émotionnelle ne s'oppose pas à l'intelligence rationnelle mais la complète. Selon lui, les émotions influencent directement les processus cognitifs, et une mauvaise régulation émotionnelle peut altérer le jugement, même chez des individus dotés d'un haut quotient intellectuel. Il précise que *« l'esprit émotionnel est beaucoup plus rapide que l'esprit rationnel ; il entre en action sans marquer le moindre temps d'arrêt pour considérer ce qu'il fait »* (Goleman, p. 406) et rappelle que *« les émotions dont nous perdons le contrôle peuvent rendre stupides les gens les plus intelligents »*.

Dans *Les pouvoirs de l'intelligence émotionnelle* (2020), Régis Rossi, Claire Lauzol et Didier Noyé proposent une approche plus concrète de ce concept, envisagé comme une compétence relationnelle essentielle dans les contextes professionnels. Pour ces auteurs, il s'agit de reconnaître ses émotions, d'en faire une ressource plutôt qu'un obstacle, et de savoir accueillir celles des autres sans les subir. Claire Lauzol, formatrice et spécialiste en management et intelligence émotionnelle, met en avant la capacité à se connecter à ses émotions pour mieux se comprendre et mieux interagir avec autrui. Régis Rossi, conférencier, coach et expert en intelligence émotionnelle, introduit la notion de « justesse émotionnelle », définie comme une cohérence entre ce que l'on ressent, ce que l'on exprime et ce que l'on fait, notion particulièrement pertinente dans le champ du soin. Didier Noyé, expert en management et en développement des ressources humaines, souligne que l'intelligence émotionnelle contribue à améliorer la qualité des relations et l'efficacité des actions.

Selon Daniel Goleman, l'intelligence émotionnelle repose sur cinq composantes : *« la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi, l'empathie et la maîtrise des relations humaines »* (Goleman, p. 521). Ces dimensions permettent au soignant de mieux comprendre ses réactions émotionnelles, de réguler ses affects et d'ajuster sa posture relationnelle face au patient. Daniel Goleman souligne également que *« du point de vue de l'intelligence émotionnelle, l'optimisme est un état d'esprit qui empêche les gens de sombrer dans l'apathie, la dépression, et de se laisser envahir par un sentiment d'impuissance dans les périodes difficiles »* (Goleman, p. 134).

Le développement de l'intelligence émotionnelle aide à travailler ensemble dans la confiance. « *Elle encourage une communication authentique, l'écoute, l'accueil et l'empathie, permettant à chacun de s'ajuster aux besoins de l'autre tout en respectant les siens. Les interactions deviennent alors plus efficaces et plus satisfaisantes* » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 60).

Accorder une attention particulière aux émotions permet de mieux comprendre sa posture professionnelle et d'en faire de véritables alliées dans la relation de soin. Cette capacité à reconnaître et à travailler ses émotions me renvoie directement à la notion d'affect, point crucial de l'intelligence émotionnelle.

4.1.1. L'affect

Souvent confondu avec l'émotion, l'affect correspond à une expérience plus profonde et plus intime. Dans l'article *De l'émotion à l'affect* (2016), Patricia Bosquin-Caroz, psychanalyste, précise que l'affect ne correspond pas à une émotion immédiatement visible ou exprimée, mais à ce que le sujet ressent intérieurement, parfois sans pouvoir le nommer. Il s'inscrit dans l'histoire personnelle de l'individu et dans son rapport au désir, ce qui lui confère une dimension singulière et profondément subjective.

L'affect et l'émotion sont liés, mais ils renvoient à des niveaux différents de l'expérience émotionnelle. L'émotion se manifeste de manière observable et souvent immédiate, tandis que l'affect correspond à une expérience plus durable, intériorisée, qui influence la pensée, le comportement et la manière d'entrer en relation.

Dans la relation de soin, l'affect est omniprésent, aussi bien du côté du patient que du soignant. Des sentiments tels que la tendresse, l'attachement, la culpabilité, la répulsion ou encore le désir de réparation peuvent émerger au fil des interactions. Comme le souligne Pascal Prayez, psychologue clinicien, « *l'affectif est présent dans toutes les relations : le problème est de savoir ce que l'on en fait* » (Prayez, 2016, p. 6). L'enjeu n'est donc pas de supprimer l'affectivité, mais de pouvoir la reconnaître, l'accueillir et la contenir. Le soignant doit ainsi être en capacité d'identifier ses propres affects sans les laisser envahir la relation, afin de préserver le cadre professionnel et la qualité du soin.

L'affect s'exprime à travers le corps, mais il est également façonné par le langage et l'histoire de la personne. Comme le souligne Alexandre Manoukian, psychologue clinicien, « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation* » (Manoukian, p. 5).

Dans son article *De l'émotion à l'affect* (2016), Patricia Bosquin-Caroz, psychanalyste, associe l'affect à trois dimensions fondamentales.

L'affect et la vérité : l'affect, même vécu de manière intense et immédiate, ne dit pas toujours la vérité, il doit être réfléchi et mis en mots pour ne pas influencer de façon inadaptée la relation de soin.

L'affect et le langage : les affects ne sont pas uniquement des réactions corporelles spontanées, ils sont étroitement liés au langage et à l'histoire du sujet. Ce que le patient ressent est influencé par son vécu, ses expériences passées et ce qu'il a intériorisé au fil du temps.

Enfin, l'affect et le corps : l'affect s'exprime à travers le corps, mais il est également façonné par la parole et les échanges relationnels. Dans le soin, il est donc essentiel de ne pas se limiter à ce qui est visible, mais de s'intéresser au sens de ces manifestations pour le patient.

Reconnaître l'affect dans la relation de soin ne consiste pas seulement à accueillir l'émotion telle qu'elle se manifeste, mais aussi à prendre du recul pour en comprendre le sens. Ce travail permet de maintenir une posture soignante ajustée et une juste distance relationnelle. « *Cette dimension affective n'est pas un parasite de la relation d'aide, c'est au contraire un des éléments clés de la professionnalité.* » (Payez, 2003, p. 13)

L'affect est étroitement lié à la notion d'empathie. Dans la relation de soin, l'empathie implique de pouvoir percevoir et comprendre ce que ressent le patient sans se laisser envahir par ses émotions. Être empathique ne signifie pas ressentir exactement la même chose que le patient, mais être capable d'accueillir ses émotions, de les reconnaître et de les comprendre tout en conservant une distance professionnelle équilibrée.

4.1.2. L'empathie

L'empathie fait partie de l'intelligence émotionnelle et joue un rôle central dans la relation de soin. Étymologiquement, *em-pathie* signifie « ressentir en dedans ». Elle correspond à la capacité de se mettre à la place de l'autre afin de comprendre ce qu'il ressent. « *Il s'agit de partager le point de vue d'autrui pour observer ses pensées et ses sentiments. L'empathie est sans doute l'une des compétences clés de la relation humaine, car elle nous rend humains et permet de mieux vivre avec autrui* » (Rossi, Lauzol, & Noyé, 2020, p. 96).

Daniel Goleman (2014) met en avant l'empathie comme une compétence essentielle dans la relation. Carl Rogers, psychologue américain, la définit quant à lui comme la compréhension

du vécu subjectif du patient à partir de son propre cadre de référence. et souligne son rôle central dans la création d'un climat relationnel favorable. Il la décrit comme la capacité du professionnel à comprendre le monde intérieur du patient « comme si » c'était le sien, sans jamais perdre de vue qu'il s'agit de l'expérience de l'autre : *« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne de l'autre avec précision et avec les composantes émotionnelles qui s'y rattachent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre la condition du 'comme si'. »* (Rogers, 2013). Cette posture empathique favorise un climat de sécurité relationnelle indispensable à l'expression des émotions et à la construction de l'alliance thérapeutique. *« Lorsque le thérapeute comprend réellement ce que le client ressent et pense, celui-ci peut alors explorer son expérience avec davantage de sécurité. »* (Rogers, 2013).

L'empathie permet au patient de se sentir reconnu, compris et respecté dans sa subjectivité. Carl Rogers souligne que *« l'empathie communiquée aide la personne à se sentir profondément comprise, ce qui constitue en soi un facteur de changement »* (Rogers, 2013).

Daniel Goleman rappelle également que *« l'empathie repose sur la conscience de soi ; plus nous sommes sensibles à nos propres émotions, mieux nous réussissons à déchiffrer celles des autres »* (Goleman, p. 145).

Rossi, Lauzol & Noyé (2020, p. 97) distinguent deux formes d'empathie. L'empathie affective correspond à la capacité de comprendre et de percevoir les émotions d'autrui : elle est spontanée et instinctive, et s'explique notamment par l'existence des neurones miroirs. L'empathie cognitive désigne quant à elle la capacité à comprendre les pensées, les intentions et le cadre de référence de l'autre, elle permet de se faire une idée plus précise et ajustée de la réalité vécue.

Il est également important de distinguer l'empathie de notions proches. La contagion émotionnelle correspond à une reproduction automatique de l'émotion de l'autre. La sympathie, sym-pathie, « ressentir avec », désigne le fait d'éprouver le même sentiment que l'autre en partageant son émotion, de façon instinctive. La compassion, du latin cum-patire, « souffrir avec », s'accompagne d'une volonté d'agir pour soulager la souffrance et repose sur une perception intuitive de la souffrance de l'autre, sans jugement ni accusation (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 95).

Créer une relation empathique suppose une connaissance de soi. *« Je peux difficilement mettre de l'énergie dans une relation empathique si j'ai du mal à identifier mes propres sentiments. Créer une relation empathique, ce n'est pas chercher à être 'sympa', c'est instaurer une relation*

par laquelle les besoins vont être compris et pris en compte » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 100).

Certaines expériences montrent que nous éprouvons davantage d'empathie pour les personnes qui nous ressemblent. Ce qui rend pleinement humain serait alors d'aller au-delà de cette empathie sélective, en développant de la compassion et de la bienveillance envers les êtres vivants en général.

L'empathie comporte cependant des limites : « on peut aussi se laisser submerger par l'empathie au point de vivre des difficultés paralysantes. Cela peut être une source de détresse. Certains métiers sont exposés comme le milieu médical, par exemple. Les personnes exposées par leur fonction doivent pouvoir se protéger » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 102-103).

Catherine Mercadier (2017) pose la question : est-il possible de se mettre à la place d'un mourant sans s'y perdre soi-même ? Elle évoque le « mimétisme symptomatologique » pour souligner que les soignants ne doivent pas se substituer à la personne soignée. Ce phénomène peut survenir lorsque la distance professionnelle n'a pas été suffisamment respectée, exposant le soignant à absorber la souffrance du patient plutôt qu'à l'accompagner. *« Pour que la relation soit facilitatrice, le thérapeute doit percevoir le monde interne du patient avec empathie, comme si c'était le sien, sans perdre de vue que c'est l'expérience du patient » (Rogers, 1963).*

Enfin, le Code de la santé publique rappelle que l'infirmier exerce sa profession dans le respect de la dignité, de l'intimité et de la personnalité du patient (article R.4312-3), ce qui rejoint la posture empathique décrite par Rogers.

L'intelligence émotionnelle apparaît ainsi comme une compétence clé pour le soignant, prendre conscience de ses affects, accueillir les émotions du patient, ajuster sa posture relationnelle. Maîtriser ses émotions ne signifie pas les effacer. C'est justement parce qu'elles sont reconnues et travaillées qu'elles cessent de parasiter la relation et qu'elles peuvent, au contraire, guider le soignant dans son positionnement face au patient. C'est ce que la notion de juste distance vient préciser.

4.2 La juste distance

La notion de juste distance occupe une place centrale dans la relation de soin, dans la mesure où elle permet d'articuler engagement relationnel et cadre professionnel. Le terme « distance » est utilisé depuis le XIII^e siècle et renvoie, selon le *Dictionnaire de l'Académie française* (9^e éd., 1992-2024), à un « écart » ou un « intervalle » séparant deux points dans l'espace, un objet d'un autre, une personne d'une autre ou d'un objet ; espace que l'on parcourt d'un lieu à un autre. Au sens figuré, il désigne également une séparation d'ordre social, moral ou intellectuel. Cette double acception, à la fois spatiale et symbolique, permet de comprendre que la distance ne se limite pas à une proximité physique, mais qu'elle engage une dimension relationnelle et éthique.

La distance dans le soin ne consiste ni à se protéger derrière une barrière, ni à être trop proche du patient au point d'être fusionnel. Pascal Prayez (2016), définit la juste distance comme « *la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* » (Prayez, 2016, p.194). Cette définition montre que la relation soignant-soigné n'est pas égale. Le patient est vulnérable et le professionnel a une responsabilité. La juste distance consiste alors à reconnaître cette différence, sans dominer le patient ni se mettre en retrait.

Selon Pascal Prayez, la juste distance est un processus dynamique qui se construit dans l'ajustement constant à la singularité de chaque patient, à son histoire, à ses émotions et au contexte de soin. Il n'existe donc pas de « bonne distance » universelle, mais une distance à penser et à réajuster en permanence. Une distance excessive, froide, peut rendre le soin impersonnel, tandis qu'une proximité trop grande peut mélanger les rôles et rendre le cadre de soin moins clair. « *Cette distance mal comprise, qui "aseptise" la relation soignante de tout affect, c'est-à-dire de toute dimension humaine, est en fait une distance défensive, qui ne peut se conjuguer avec la qualité du soin.* » (Prayez, 2003, p. 13, cité dans Revue internationale de soins palliatifs, 2016)

L'auteur évoque également la notion de « miroir brisé », rappelant que la rencontre avec la vulnérabilité de l'autre peut renvoyer le soignant à sa propre fragilité. « *On peut avoir envie de fuir l'autre parce qu'il nous est repoussant. On peut être attiré par l'autre parce qu'on le trouve attachant ou séduisant. Lorsque ces phénomènes d'attachement ou de séduction sont trop forts, trop "chauds", il arrive que l'on s'en protège par une distance excessive* » (Prayez, 2016, p.10).

Ces mécanismes de défense montrent que la distance est aussi une réponse émotionnelle, souvent inconsciente, visant à se protéger. Dans le soin, ils peuvent nuire à la relation et

fragiliser l'alliance thérapeutique s'ils ne sont pas identifiés et travaillés. « *La projection est constamment active, pour chacun d'entre nous, au quotidien. C'est un des mécanismes qui nous fait perdre la juste distance, car on croit voir en autrui des ressentis, des désirs, des émotions qui, en fait, viennent de nous* » (Prayez, 2016, p.74).

« *Lorsqu'on est obligé de partager une intimité physique avec des inconnus, comme dans les transports en commun aux heures d'affluence, on déploie spontanément des stratégies de mise à distance qui permettent d'effacer tout caractère intime à cette proximité physique non voulue : rigidité corporelle et immobilité pour éviter les interactions avec les autres corps ; contraction de notre "cuirasse" musculaire pour nous "blinder" ; évitement du regard...* » (Prayez, 2016, p.17).

Pascal Prayez souligne également que « *notre motivation à soigner combine à la fois des peurs et des envies, comme si notre désir d'être soignant s'appuyait sur nos propres zones de souffrance. Ainsi, nos blessures peuvent devenir des lignes de force pour aider les autres* » (Prayez, 2016, p.25)..

Lorsqu'on parle de distance « juste », on pense souvent à la justesse du geste ou de la parole, mais on oublie parfois de l'entendre au sens de la justice. « *La relation soignant/soigné met en présence un professionnel en position de force et une personne vulnérable* » (Prayez, 2016, p.97). « *Chacun est en droit d'attendre de l'autre respect et considération, cependant les besoins ne sont pas les mêmes, car les places inégales. L'un est rémunéré pour remplir une mission de soin concrétisée par un certain nombre d'actes techniques et relationnels, l'autre dépend de ces services pour sa vie quotidienne, voire pour sa survie. (...) La distance froide est donc injuste pour l'utilisateur qui est abandonné à son sort, traité contre son gré ou maltraité, dans l'indifférence des personnes qui sont censées l'aider et le soigner. Cette distance froide déshumanise le soin. Cette distance injuste est-elle : une réaction du soignant, pour se défendre d'une implication affective insupportable ? la conséquence d'un personnel en sous-effectif ou de problèmes institutionnels ? (...) les deux causalités peuvent coexister* » (Prayez, 2016, p.97-98).

Dans *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (2017), Catherine Mercadier montre que la relation de soin implique une forte dimension émotionnelle et corporelle. L'infirmier mobilise tous ses sens lorsqu'il est en contact avec le corps malade. Elle souligne d'abord le regard, qui peut être flottant ou actif, attentif ou jugeant : « *Ce que les infirmières voient est parfois difficilement soutenable. (...) Ce regard sur le corps du malade est aussi un regard qui*

juge » (Mercadier, 2017, p.23). L'ouïe est surtout utilisée de façon professionnelle : l'infirmière écoute les battements cardiaques, la respiration, les sonnettes, les plaintes, les cris et les pleurs. « *Les soignants (...) ce qu'ils ont le plus de difficulté à supporter, c'est de les voir souffrir et non de les entendre souffrir* » (Mercadier, 2017, p.30). Le toucher est le sens le plus interactif, mais peu évoqué par les infirmiers : « *l'infirmière l'utilise dans un but clinique* » (Mercadier, 2017, p.31). Quant à l'odorat, il provoque les sensations les plus désagréables : « *l'odeur de l'autre nous envahit, nous assaille et notre organisme y réagit sans que l'on puisse toujours en rester maître* » (Mercadier, 2017, p.36).

Catherine Mercadier distingue ainsi les sens qui créent de la distance de ceux qui rapprochent, et montre que le contact répété avec la souffrance et le corps malade expose les professionnels à une forme de « contamination symbolique », rendant nécessaire la mise en place de mécanismes de protection psychique.

Dans des contextes particulièrement chargés émotionnellement, comme les soins palliatifs, Michel Petermann (2016), ancien professeur en soins infirmiers et directeur d'un centre de soins palliatifs, insiste sur le caractère éthique de la juste distance. « *En soins palliatifs plus qu'ailleurs, les patients atteints gravement dans leur santé disent souvent souffrir d'un sentiment de perte de leur dignité. Dès lors, aller vers un mode de communication fait d'humanité participe à redonner sens à leur vie.* » ; « *Opter pour la juste distance professionnelle, c'est quitter "la prise en charge" pour s'ouvrir à "l'accompagnement thérapeutique", donc choisir la voie de la compétence.* » (Petermann, 2016, p. 178)

Reconnaître la dimension affective du soin ne constitue pas une faiblesse, mais un élément clé de la professionnalité soignante et de l'alliance thérapeutique. S'appuyant sur les travaux de Pascal Prayez, Michel Petermann critique l'idéologie consistant à « garder LA distance professionnelle », perçue comme rigide et inadaptée. Trop de distance, même par souci de professionnalisme, peut tendre à ignorer l'aspect affectif du soin et affaiblir la relation avec le patient. À l'inverse, reconnaître les affects comme partie intégrante de la relation permet de donner du sens à l'engagement soignant sans tomber dans la fusion.

La « double écoute » proposée par Pascal Prayez constitue à ce titre un outil central car écouter le patient tout en restant attentif à ses propres ressentis permet au soignant de maintenir une relation à la fois engagée et respectueuse.

Dans ce contexte, le langage utilisé dans la relation de soin participe également à ce positionnement. Comme le souligne Pascal Prayez, « *Dans la langue française, le tutoiement*

est habituellement réservé aux relations proches ou entre pairs. Il est habituellement lié à la réciprocité (...) Par convention sociale, le vouvoiement est souvent associé aux relations professionnelles. Il apparaît donc logique de l'utiliser dans la relation de soin, pour tenir compte des habitudes sociales de la langue française ainsi que du contexte hospitalier. Ce vouvoiement aide à se positionner en tant que professionnel de santé, tout en préservant l'égalité des relations malgré la dépendance du malade » (Prayez, 2016, p.108).

Ainsi, le vouvoiement constitue un repère dans la relation de soin, en contribuant à instaurer un cadre sécurisant et à maintenir une distance professionnelle adaptée, tout en respectant la personne soignée.

La juste distance se définit alors comme une posture ajustée qui se construit dans la relation, et permet au soignant d'accompagner le patient de manière respectueuse, contenante et engagée. Elle est un socle essentiel sur lequel peuvent se développer l'alliance thérapeutique et l'écoute active.

4.2.1. L'alliance thérapeutique

D'après le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, la distance est définie comme un espace abstrait séparant plusieurs personnes. Dans le cadre d'une relation thérapeutique, il s'agit plus précisément d'une distance professionnelle, interpersonnelle, visant à réajuster l'équilibre relationnel dans l'accompagnement d'une personne soignée vers un projet donné. Cette définition met en évidence que la distance ne correspond pas à un éloignement, mais à une posture relationnelle pensée et ajustée.

Carl Rogers (1963) pose les fondements de ce qui rend une alliance thérapeutique réellement efficace : « *La maturation de la personnalité et son changement n'adviennent que lorsque le [client] perçoit et éprouve un certain climat psychologique au sein de la relation. Les conditions que j'ai mises en relief comme étant essentielles sont : l'authenticité, la sincérité, l'état d'accord qui existe chez le thérapeute, une compréhension sensible, empathique des sentiments du client et de leur signification, une chaleureuse acceptation qui valorise le client et enfin une considération positive inconditionnelle.* » (Rogers, 1963, Bulletin de psychologie, n°224)

C'est sur ces mêmes fondements que Doris Vasconcellos-Bernstein, psychologues, s'appuie pour penser l'alliance thérapeutique dans le soin infirmier, en insistant sur ce qu'elle implique concrètement du côté du professionnel.

Dans son article *Instaurer l'alliance thérapeutique* (2013), elle souligne que cette alliance repose notamment sur le respect, la collaboration et l'écoute, permettant au patient de se sentir compris et soutenu. Selon elle, instaurer une alliance thérapeutique implique de permettre au patient de s'investir dans le soin de manière autonome et responsable, au sein d'une relation pourtant asymétrique. Le professionnel détient un savoir et une position institutionnelle qui lui confèrent un certain pouvoir, ce qui peut fragiliser le patient s'il n'est pas utilisé avec discernement. Cette asymétrie peut raviver chez le patient des expériences anciennes de dépendance ou d'impuissance.

L'alliance thérapeutique ne repose pas sur une relation de domination, mais sur une gestion consciente et éthique de cette asymétrie qui vise à instaurer un climat sécurisant. La confiance n'est pas immédiate mais se construit progressivement à travers la cohérence des attitudes du soignant et la reconnaissance de la singularité du patient.

Doris Vasconcellos Bernstein souligne que la relation thérapeutique aide aussi à renforcer l'identité du patient. Par ses paroles, ses silences et ses actions, le soignant envoie des messages qui peuvent soit soutenir soit affaiblir l'estime de soi du patient. L'objectif ultime de l'alliance thérapeutique est d'accompagner le patient vers davantage d'autonomie, et non de le maintenir dans une relation de dépendance. « *Établir la confiance, poser un cadre stable, accueillir la réalité de la demande, sont les bases de l'établissement d'une relation thérapeutique. Mais pour mettre en place et maintenir une bonne alliance thérapeutique, le professionnel aura à garantir qu'au sein de cette relation asymétrique, le patient puisse investir sa psychothérapie de manière autonome et en responsabilité.* » (Vasconcellos-Bernstein, 2013, p. 25)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades rappelle que le patient est un acteur à part entière de sa prise en charge. Cette reconnaissance légale de l'autonomie du patient s'inscrit pleinement dans la logique de l'alliance thérapeutique, qui repose sur une relation respectueuse, fondée sur l'écoute et la prise en compte du vécu subjectif de la personne soignée.

L'écoute active vient compléter l'alliance thérapeutique en permettant au soignant de percevoir les besoins, les émotions et les ressentis du patient sans jugement. Elle constitue un outil concret

pour ajuster la distance professionnelle, en restant proche du patient dans la relation tout en conservant une posture sécurisante et respectueuse.

4.2.2. L'écoute active

L'écoute active constitue un outil fondamental pour ajuster la distance relationnelle et soutenir l'alliance thérapeutique. La développer est nécessaire pour pouvoir comprendre ce que ressent l'autre, percevoir ses émotions et de savoir se mettre à leur place en faisant preuve d'empathie.

Écouter activement, c'est avant tout se rendre disponible à la parole de l'autre, en acceptant de se taire, tant extérieurement qu'intérieurement. « *Sans cette écoute active, le soignant demeure dans une certaine forme d'ignorance et laisse ses préjugés et ses croyances prendre le pas sur le reste.* » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 55). Cela implique de porter attention non seulement aux mots prononcés, mais également au non-verbal, aux silences et aux émotions et de suspendre le jugement.

Carl Rogers accorde une place centrale à l'écoute active dans l'approche centrée sur la personne. Pour lui, elle repose sur une présence attentive, empathique et non jugeante, permettant de comprendre le monde du patient tel qu'il le vit. Il s'agit de percevoir l'expérience subjective de l'autre « comme si » l'on était à sa place, tout en conservant la conscience d'être une personne distincte.

Comme le souligne Pascal Prayez, « *dans le cadre d'un entretien verbal, nous sommes tous tentés de conseiller l'autre, de prendre des décisions à sa place ou de ne pas respecter son consentement* ». (Prayez, 2016, p.122). Écouter signifie alors « *savoir se taire pour laisser la parole à son interlocuteur, et surtout savoir se taire intérieurement.* » (Prayez, 2016, p.122-123).

Cette posture implique pour l'auteur plusieurs exigences : « *Ne pas s'identifier à l'autre, car cela conduit à approuver ou désapprouver ses propos...*

Mettre à distance ses propres réactions émotionnelles, car il est difficile de faire silence en soi lorsque la souffrance d'autrui réactive nos blessures personnelles...

Quitter son propre système de valeurs, ou du moins apprendre à le différencier de celui de la personne écoutée... » (Prayez, 2016, p.123).

Pour Carl Rogers, l'écoute active correspond à « *un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce*

dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui ». Il s'agit donc de la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de percevoir son ressenti, tout en ayant conscience de ne pas vivre réellement la même chose. Pour l'auteur, l'écoute active est bien plus qu'un simple fait d'entendre, elle repose sur une présence attentive, une compréhension empathique et une absence de jugement. Le soignant cherche à comprendre le monde du patient tel que celui-ci le vit, et non à l'interpréter à partir de ses propres cadres de référence. L'écoute active implique de se centrer pleinement sur la parole du patient, de reformuler et de clarifier afin de vérifier la compréhension

La *Charte de la personne hospitalisée* rappelle que toute personne a droit à une prise en charge attentive, respectueuse et adaptée à ses besoins. Cette exigence institutionnelle donne un cadre concret à l'écoute active, qui devient alors un moyen privilégié pour ajuster la relation de soin aux attentes du patient.

Ces éléments m'amènent ainsi à considérer la relation de soin, qui constitue le cadre global dans lequel s'inscrit l'accompagnement du patient.

4.3. La relation de soin

La relation de soin constitue le socle de toute pratique soignante. Elle ne se limite pas à l'exécution de gestes techniques, mais engage avant tout une rencontre humaine entre un professionnel de santé et une personne en situation de vulnérabilité. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la relation est définie comme un « *rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque* ». Cette définition met en évidence la dimension dynamique de la relation, dans laquelle chaque personne influence l'autre.

Le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2019) précise que la relation soignant-soigné est une activité d'échange interpersonnel et interdépendant, inscrite dans une communication verbale et non verbale. Elle mobilise la posture, le regard, les gestes, mais aussi la disponibilité psychique du soignant. Ainsi, chaque acte de soin s'inscrit nécessairement dans une relation, qu'elle soit consciente ou non.

Dans son ouvrage *La relation soignant-soigné* (2014), Alexandre Manoukian souligne que la relation de soin constitue un guide concret pour les soignants, aides-soignants et étudiants,

centré sur la relation d'aide et la compréhension des comportements des patients, des soignants et des familles. Comme il le rappelle, « *tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* » (Manoukian, 2014, p. 3).

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la relation de soin est une rencontre singulière entre deux personnes, chacune porteuse de son histoire, de ses valeurs et de ses émotions. Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, psychologues, définissent la relation comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Cette rencontre est influencée par de nombreux facteurs : psychologiques (valeurs, émotions, représentations), sociaux (statut, culture, rôle professionnel) et physiques (apparence, perceptions sensorielles). Chaque interaction est ainsi unique et ne peut être totalement maîtrisée par le soignant.

Dans *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement, vers l'utilisation thérapeutique de soi*, Margot Phaneuf (2016), défend l'idée que la relation de soin ne se limite pas aux gestes techniques ou à la prise en charge physique. Elle inclut également les dimensions morales, émotionnelles et psychologiques du soutien apporté à la personne soignée. Selon elle, « *prendre soin* » implique de reconnaître la personne dans sa globalité et de ne pas la réduire à sa pathologie. Cette vision rejoint celle de Walter Hesbeen, qui définit le *prendre soin* comme le fait de porter une attention particulière à une personne vivant une situation de soins singulière, dans le but de contribuer à son bien-être et à son autonomie.

La relation de soin est également marquée par une asymétrie structurelle. Le soignant détient un savoir et un pouvoir institutionnel, tandis que le patient se trouve dans une position de dépendance, parfois renforcée par la maladie. Cette asymétrie nécessite une vigilance éthique constante afin d'éviter toute relation de domination ou de dépendance excessive. Comme le souligne Alexandre Manoukian, « *une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher* » (Manoukian, 2014, p. 43).

La communication qui s'établit avec le soignant est déterminante pour la relation qui se construit autour du soin. Elle nécessite l'engagement personnel du soignant et sa disponibilité. Deux notions apparaissent centrales pour comprendre la relation de soin : la relation d'aide et la reconnaissance de la subjectivité du patient.

4.3.1 La relation d'aide

La relation d'aide occupe une place essentielle dans la relation de soin. Selon le dictionnaire électronique de Chrétien de Troyes, le terme « aider » provient du vieux français *aidier*, issu du latin *adjutare*, signifiant soutenir, assister, faciliter l'accomplissement d'une action. L'aide est donc une action facilitatrice ayant pour objectif l'accomplissement d'un projet ou d'une démarche. Elle peut être matérielle, physique, morale ou spirituelle.

Dans le champ des soins infirmiers, l'aide peut être matérielle, physique, psychologique ou morale. Elle vise à accompagner la personne dans une situation vécue comme difficile, en tenant compte de ses ressources, de ses limites et de son vécu.

Margot Phaneuf, infirmière, décrit la relation d'aide comme « *l'une des plus belles formes de communication* » en soins infirmiers. Elle permet de donner du sens à l'accueil du patient et à son accompagnement dans l'épreuve de la maladie, en favorisant l'acceptation, le soutien du courage et une compréhension profonde de ses difficultés, vécues « *comme si* » elles étaient celles du soignant, sans pour autant se charger de sa souffrance. » (Phaneuf, 2016, p. 171).

L'auteure identifie plusieurs étapes dans la relation d'aide : établir un contact chaleureux et instaurer un climat de confiance, se mettre à l'écoute, manifester sa compréhension, soutenir le patient dans ses décisions, puis l'accompagner vers un éventuel changement ou une action. Cette démarche repose sur une présence authentique, respectueuse et empathique, tout en maintenant un cadre professionnel clair.

Cependant, la relation d'aide comporte également des risques. Margot Phaneuf évoque notamment l'épuisement émotionnel, qui peut survenir lorsque le soignant donne beaucoup sans disposer d'espaces de ressourcement ou de reconnaissance. Cet épuisement se manifeste par un sentiment de vide intérieur et une diminution de la capacité empathique, compromettant ainsi la qualité de la relation de soin. D'autres inconvénients peuvent également menacer la relation d'aide : la superficialité rassurante, la fuite face aux émotions pénibles, le sentiment de supériorité ou encore la tentation de « *jouer au sauveur* ».

Pascal Prayez rappelle l'importance de maintenir une distance professionnelle ajustée : « *Ici, ...vous êtes entre collègues et votre relation peut prendre l'aspect d'un soutien réciproque en alternance. Comme en relation amicale. Par contre, en relation d'aide, le contrat n'est pas le même, et ce serait perdre la distance professionnelle que de vous faire consoler par votre patiente ! La tendresse véritable reste centrée sur les besoins de l'autre.* » (Prayez, 2016, p.

46). Il précise également que « *en relation d'aide, la tendresse offre un appui pour avancer, pour "tenir" face à la douleur et à la souffrance* » (Prayez, 2016, p. 52).

La relation d'aide implique donc une implication affective maîtrisée, soutenue par une réflexion éthique et un travail sur soi. Elle engage également un fort sentiment de responsabilité, comme le souligne Alexandre Manoukian : « *indispensable dans un travail de soin, le sentiment de responsabilité n'en est pas moins lourd à porter* » (Manoukian, p. 44).

Les travaux de Carl Rogers, notamment dans son article *La relation thérapeutique : les bases de son efficacité* (1963), soulignent l'importance de l'empathie, de l'écoute, de la congruence et du non-jugement, valeurs fondamentales de la relation de soin. Selon lui, la relation d'aide est une relation dans laquelle l'une au moins des parties prenantes a pour objectif d'encourager l'autre à s'épanouir, à se développer, à mûrir, à mieux se porter et à mieux faire face à la vie. Son approche humaniste, centrée sur la personne, repose sur un profond respect de la subjectivité du patient.

4.3.2 La reconnaissance de la subjectivité du patient

La reconnaissance de la subjectivité du patient constitue une base importante de la relation de soin. Pendant longtemps, la médecine expérimentale s'est centrée sur la maladie comme objet, en excluant la subjectivité du patient. Cette approche a été renforcée par une médecine paternaliste, laissant peu de place à la parole et aux choix du malade. Dans un article publié dans *Ethique & Santé* en 2020, Guillén, Guillén et Combles, psychiatres et psychanalystes, soulignent que la médecine expérimentale produit un savoir sur la maladie, mais nécessite d'exclure la subjectivité du patient. Cette exclusion a été renforcée par le paternalisme médical, qui pouvait laisser le malade en dehors des décisions concernant ses soins.

Le sentiment de certains patients de ne pas être entendus les a conduits à réaffirmer leur volonté de participer activement aux soins. Cette demande a été prise en compte par la Loi du 4 mars 2002, qui affirme le droit du patient à l'information et au consentement éclairé. Pourtant, la loi seule ne suffit pas. Les mêmes auteurs soulignent que « *certain patients continuent à ressentir le manque d'un espace pour subjectiver ce qui leur arrive* » (Guillen, Guillen & Combres, 2020, p. 65). Ce constat renvoie directement à la posture du soignant, c'est lui qui crée ou non cet espace, par sa façon d'écouter, d'accueillir et de reconnaître le vécu du patient dans sa singularité.

Comme le souligne Alexandre Manoukian, « *une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher* » (Manoukian, p. 43).

Carl Rogers (1963) insiste sur l'importance de reconnaître la subjectivité du patient. Pour lui le thérapeute doit chercher à comprendre le monde interne du patient selon ses propres termes, ce qui permet à ce dernier de se sentir entendu et respecté. Le patient est le meilleur expert de son expérience, et la relation thérapeutique est efficace lorsque le soignant accompagne sans jugement ni interprétation hâtive, en respectant le rythme, les perceptions et les significations propres à la personne soignée. « *Le professionnel de la thérapie qui considère ses clients comme des objets qu'il faut manipuler pour le bien-être du pays, pour le bien d'un système d'éducation ou pour satisfaire son propre besoin de puissance et de contrôle, ne pourrait éprouver les attitudes et conditions fondamentales qui sont propices au développement de la maturité psychique d'autrui.* » (Rogers, 1963, Bulletin de psychologie, n°224)

Reconnaître la subjectivité du patient, c'est lui permettre d'être acteur de son parcours de soin, de donner du sens à ce qu'il vit et de s'engager de manière autonome dans la relation thérapeutique. Cette reconnaissance repose sur des valeurs clés de l'approche humaniste de Carl Rogers : l'écoute active, l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle.

Pour l'auteur, la subjectivité du patient est également liée à des enjeux émotionnels importants. La maladie peut renforcer la solitude et la peur, rendant le patient particulièrement vulnérable. Le soignant peut alors être tenté de s'identifier au patient ou, à l'inverse, de se protéger en maintenant une distance excessive. Trouver la juste distance permet de reconnaître la singularité du vécu du patient tout en préservant une posture professionnelle adaptée.

Ainsi, la relation de soin s'inscrit dans un équilibre subtil entre engagement et distance, technicité et humanité. La reconnaissance de la subjectivité du patient et la qualité de la relation d'aide apparaissent comme des outils essentiels pour instaurer une relation de confiance, soutenir l'autonomie du patient et donner du sens au soin.

5. ENQUETE EXPLORATOIRE

Afin d'approfondir ma question de départ, j'ai choisi de faire de la recherche documentaire qui m'a permis d'élargir mes connaissances théoriques indispensables à la compréhension de chaque thème choisi et qui m'a également permis de développer ma réflexion sur ces sujets. Pour exposer ce travail je vais m'appuyer sur *Le travail de fin d'études – S'initier à la recherche en soins infirmiers* de Chantal Eymard, maître de conférences et chercheuse en sciences de l'éducation et Odile Thuilier maître de conférences en sciences de l'éducation. (2018)

J'ai souhaité intégrer à mon travail la parole de professionnels de santé exerçant dans divers contextes de soins. Leurs témoignages constituent une grande richesse par ce qu'ils vivent au quotidien, ce qui est essentiel pour nourrir mon analyse et confronter la théorie aux réalités du quotidien.

Je présente dans un premier temps la méthode de recherche adoptée, puis l'outil que je choisis d'utiliser, suivi du type de population interrogée, des différents lieux d'exercice des participants, ainsi que la grille d'analyse utilisée pour interpréter les résultats.

.

5.1 Méthode de recherche

« *La recherche aide à sortir des modélisations dominantes qui ont tendance à se faire passer pour avérées, indubitables ; de se poser des questions théoriques à partir de la pratique ; d'étayer son questionnement de professionnel à des références diverses et valides.* » (Eymard & Thuilier, 2018, p. 24)

La méthode de recherche qui me paraît la plus adaptée pour réaliser mon enquête exploratoire est la méthode clinique. Chantal Eymard et Odile Thuilier expliquent que « *Le chercheur en méthode clinique s'intéresse à la parole du sujet social qu'il rencontre et écoute dans son expérience, ici de la santé. Il peut se proposer de construire ou de découvrir des éléments d'élaboration d'un cas clinique à partir d'un travail d'interprétation du récit singulier du sujet se racontant et ayant la possibilité, notamment dans l'entretien clinique, de communiquer sa vision du monde, sa vérité.* » (Eymard & Thuilier, 2018, p. 39)

Effectivement, cette recherche a lieu directement auprès de personnes et s'intéresse à leur discours singulier. C'est ce qui me permet de décrire la réalité et de prendre en compte ce que les professionnels vivent réellement sur le terrain car elle s'intéresse à l'expérience des

soignants que je vais rencontrer ainsi qu'à leurs émotions. Comme mon questionnaire porte sur la juste distance et les émotions dans la relation de soin, cette méthode me permet de comprendre ce qui se joue dans la rencontre, sans chercher à généraliser mais plutôt à donner du sens à ce que j'ai vécu.

5.2 Outils

Je choisis d'utiliser l'entretien semi-directif car il me paraît plus adapté à ma situation et mon questionnaire. « *Cet entretien se caractérise par le fait que l'enquêteur identifie en amont les thèmes et sous-thèmes à aborder. L'ordre des sous-thèmes est libre. L'enquêteur invite l'interviewé à approfondir un sous-thème qui se présente dans le discours, lorsqu'il n'a pas été spontanément développé. Il prépare des questions qui permettent de recueillir des données concernant les thèmes ou sous-thèmes non abordés.* » (Eymard & Thuilier, 2018, p. 86)

Cela me permet d'aborder mes différents thèmes tout en laissant à la personne interrogée la liberté d'exprimer ce qu'elle souhaite. Ce type d'entretien favorise un échange plus spontané pour comprendre comment les soignants vivent la juste distance et les émotions dans la relation de soin.

Pour mener ces entretiens, j'ai constitué des questions pour tenter d'obtenir des réponses pour chacun de mes concepts abordés dans ce mémoire et j'ai décidé d'utiliser deux supports, mon téléphone et un dictaphone, pour sécuriser l'enregistrement de ces échanges et aussi pour retranscrire fidèlement les idées de mes interlocuteurs.

5.3 Population choisie

Pour mener mes entretiens semi-directifs, j'ai choisi d'interroger cinq infirmiers diplômés d'état avec une expérience concrète dans un contexte où la question de la distance et des émotions est particulièrement présente. Les différents témoignages me permettent d'avoir plusieurs points de vue selon leur ancienneté, leurs pratiques et leurs ressentis. Le nombre restreint de participants favorise un échange de qualité plutôt qu'une approche quantitative.

5.4 Lieux d'investigation

Pour mon enquête exploratoire, j'avais choisi de réaliser mes entretiens dans plusieurs types de services afin d'avoir une vision plus complète de la relation de soin et de la manière dont les infirmiers gèrent leurs émotions au quotidien.

Je devais rencontrer deux infirmiers en hôpital de jour de psychiatrie, proche de ma situation de départ, afin de mieux comprendre mon vécu et d'observer comment la juste distance se construit dans un cadre où le lien relationnel est présent et où les patients sont stabilisés mais fragiles.

Je devais échanger avec un infirmier en soins palliatifs, pour explorer la dimension d'accompagnement liée à la fin de vie, où la charge émotionnelle et la proximité avec le patient sont particulièrement fortes.

Enfin, je souhaitais rencontrer deux infirmier aux urgences psychiatriques pour me permettre d'analyser la relation de soin dans un contexte de crise, où la gestion rapide des situations et l'adaptation émotionnelle sont primordiales.

Cependant, j'ai eu beaucoup de mal à obtenir deux rendez-vous avec les infirmiers des urgences psychiatriques qui appréhendaient l'entretien, j'ai ainsi pu obtenir un seul échange. J'ai alors changé de stratégie en demandant un entretien supplémentaire avec un troisième infirmier en hôpital de jour de psychiatrie.

Concernant l'interview de l'infirmier en soins palliatifs, le rendez-vous sur place s'est révélé impossible dû à la charge de travail inhérent au service, l'entretien s'est donc déroulé par téléphone en dehors des heures de garde.

Ces contextes de lieux différents ont un point commun car ils exigent tous une vraie capacité à gérer la relation et ses dimensions émotionnelles. Cela m'a semblé utile pour saisir comment la juste distance et l'intelligence émotionnelle se traduisent concrètement dans ces services et ce qu'un infirmier met en place en fonction du patient présent. Par exemple, face à un patient agité, le soignant ne réagira pas de la même manière que face à quelqu'un en fin de vie. C'est cette variété-là qui m'intéresse, voir comment chacun ajuste sa posture, selon la personne qu'il a devant lui.

5.5 Guide d'entretien

Mon guide d'entretien regroupe l'ensemble des thèmes, questions et relances prévues pour conduire un entretien dans le cadre d'une recherche. Il sert de support pour orienter la

discussion, garantir que les sujets essentiels soient abordés et assurer une certaine homogénéité entre plusieurs entretiens.

Afin de réaliser ces entretiens semi-directifs, je me suis appuyée sur ma question de départ, qui est : En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?

Pour réaliser mon enquête exploratoire, je m'intéresse dans un premier temps à l'infirmier présent, puis je pose une question inaugurale au soignant interrogé en liant des questions de relance pour amener le professionnel à développer sa pensée. J'ai élaboré une grille d'entretien qui m'a permis de diriger le soignant dans les concepts qui sont en lien avec ma question de départ, sans pour autant poser la question de façon directive.

Les trois concepts abordés :

- l'intelligence émotionnelle : concept avec lequel j'essaie de savoir si les soignants s'intéressent à leurs propres émotions et si leurs émotions ont un impact dans la relation de soin.
- la juste distance : avec ce concept je cherche à savoir comment les soignants maintiennent l'équilibre d'une distance juste tout en acceptant leurs émotions et comment ils arrivent à créer une alliance thérapeutique.
- la relation de soin : ce concept m'amène à poser la question des valeurs et de l'histoire du patient et comment elles influencent le soignant dans sa manière d'accompagner le soigné.

Pour conclure l'entretien, je demande au soignant s'il souhaite rajouter une pensée, une idée puis je le remercie de m'avoir accorder ce temps d'échange.

5.6 Présentation et synthèse des entretiens

Je vais présenter ici les entretiens que j'ai réalisés en prenant soin de maintenir l'anonymat des soignants. Pour cela, j'ai modifié les prénoms des interviewés.

Entretien n°1

Cet entretien s'est déroulé le 6 mars 2026 à 10h, dans un hôpital de jour en psychiatrie. J'ai oublié de poser la question sur l'importance de la gestion des émotions et un de mes supports d'enregistrement s'est arrêté en cours d'entretien.

Jacques a 43 ans et est infirmier depuis 8 ans, exclusivement en psychiatrie. Il perçoit les émotions comme quelque chose à surveiller plutôt qu'à utiliser. Pour lui, trop d'implication émotionnelle nuit à la relation de soin. Il le reconnaît lui-même à travers une situation où son propre énervement, non identifié sur le moment, a failli faire basculer une relation avec un patient violent. La prise de conscience est venue après.

Il considère l'empathie comme indispensable, à condition de ne pas se laisser envahir. La juste distance passe pour lui par la disponibilité, le respect et une certaine neutralité émotionnelle. Et c'est lui-même qui établit le lien car il considère que c'est la gestion de ses émotions qui lui permet de maintenir cette distance.

Sans connaître le concept d'intelligence émotionnelle, Jacques en décrit les mécanismes, ce qui apporte un premier éclairage concret à ma question de départ.

Entretien n°2

Cet entretien a été réalisé dans un deuxième hôpital de jour de psychiatrie le 9 mars 2026 à 16h. Trois infirmiers souhaitaient participer, j'ai donc dû faire un choix. J'ai mené l'entretien avec Johana, infirmière en psychiatrie depuis 2003. Cet entretien a suscité beaucoup d'interrogations chez l'infirmière, ce qui parfois menait à des égarements.

Elle a commencé sa carrière en service de resocialisation, puis a rejoint l'hôpital de jour où elle travaille depuis environ 12 ans. Elle connaît donc très bien ses patients, ce qui rend la question de la distance un peu plus complexe.

Pendant l'entretien, Johana explique que certaines situations peuvent la toucher émotionnellement, notamment quand les patients racontent des histoires de vie difficiles. Elle explique que ses émotions peuvent parfois se voir mais que ce n'est pas forcément un problème. Concernant l'empathie, elle dit qu'elle est naturellement empathique, sans vraiment y réfléchir. Mais elle précise aussi que ça ne fonctionne pas avec tous les patients, et que c'est pour ça que le travail en équipe est important.

Quand on aborde la notion de juste distance, Johana a du mal à la définir clairement. Elle évoque des repères comme le vouvoiement ou la blouse pour garder cette distance. Mais en même temps, elle pense que la proximité peut aider à créer une relation de confiance. Pour elle, l'alliance thérapeutique repose surtout sur la connaissance du patient, l'écoute, la disponibilité et la bienveillance.

Entretien n°3

J'ai réalisé cet entretien aux urgences psychiatriques le 10 mars 2026 à 15h avec Bonita, infirmière depuis 2007. Après plusieurs années en unité d'accueil de crise fermée, elle travaille aujourd'hui aux urgences psychiatriques. Son expérience influence clairement sa manière d'aborder la relation de soin.

Elle raconte une situation marquante avec un patient ayant confié avoir maltraité son chat. Elle explique que ce type de récit peut provoquer du jugement chez le soignant mais qu'il est important de ne pas le montrer afin de maintenir la relation et permettre au patient de continuer à parler.

Concernant les émotions, elle considère qu'elles sont inévitables mais qu'il faut apprendre à les gérer. Elle insiste sur l'importance du travail en équipe et du débriefing après les situations difficiles afin de prendre du recul.

Pour elle, l'empathie passe surtout par l'observation du patient et l'adaptation de sa posture professionnelle. Elle définit la juste distance comme le fait de rester solide et à sa place de soignante afin que le patient puisse se sentir en sécurité dans la relation.

Enfin, elle explique que l'alliance thérapeutique repose principalement sur la confiance, le respect du rythme du patient et l'absence de jugement. Selon elle, le soin consiste parfois simplement à permettre au patient de revenir et d'accepter l'aide proposée.

Entretien 4

Cet entretien a été réalisé le 11 mars 2026 à 14h avec Sally, infirmière diplômée depuis 1989. Elle possède une grande expérience professionnelle avec des parcours en chirurgie, réanimation, urgences, médecine et psychiatrie. Ce parcours lui permet aujourd'hui de prendre du recul sur la relation de soin.

Elle raconte une situation marquante avec un patient ayant vécu un événement traumatisant. Elle a utilisé une technique proche de l'EMDR afin de travailler sur ce traumatisme. Même si cette prise en charge a aidé le patient, Sally explique que cette situation l'a beaucoup touchée et qu'elle a continué à y penser plusieurs jours après.

Pour elle, la gestion des émotions est essentielle dans le soin. Elle explique qu'il faut reconnaître ses émotions puis se recentrer afin de rester disponible pour le patient. Son expérience personnelle et professionnelle l'aide également à mieux comprendre ce que vivent les patients.

Concernant l'empathie, elle estime qu'il est impossible de ressentir exactement ce que vit l'autre, mais qu'il peut exister des moments de résonance émotionnelle avec le patient. Elle fait cependant attention à ne pas se laisser envahir.

Sally explique aussi que la juste distance demande de rester solide malgré les émotions ressenties. Elle reconnaît qu'il est possible de perdre cette distance sans s'en rendre compte et souligne l'importance du regard de l'équipe pour prendre du recul.

Enfin, elle insiste sur l'importance de l'authenticité et de l'écoute dans la relation de soin. Selon elle, c'est le patient qui guide le soignant dans la compréhension de ce qu'il vit.

Entretien 5 :

Cet entretien a été réalisé le 27 mars 2026 à 9h avec Kenza, infirmière depuis 2002. Elle a travaillé dans plusieurs services avant d'arriver en soins palliatifs, où elle dit avoir trouvé le sens de son métier.

Elle raconte une situation vécue avec une patiente en fin de vie qui ne parlait plus. Pendant la toilette, Kenza s'est mise à fredonner et la patiente a réagi en fredonnant avec elle, en souriant puis en disant « merci ». Ce moment l'a particulièrement marquée.

Pour elle, les émotions ont une place importante dans le soin et permettent d'entrer en relation avec le patient. Elle décrit l'intelligence émotionnelle comme un travail sur soi qui aide à reconnaître ses émotions et à mieux les adapter dans la relation. Elle insiste sur le fait qu'il ne faut pas supprimer ses émotions mais apprendre à les gérer.

Concernant la juste distance, elle utilise l'image des deux hérissons : trop près ils se blessent, trop loin ils ont froid. Selon elle, cette distance se construit progressivement en s'adaptant au patient. Elle parle aussi de l'importance de connaître ses limites et de savoir passer la main quand une situation devient trop difficile.

Enfin, Kenza insiste sur la communication non verbale, particulièrement importante en soins palliatifs. Pour elle, reconnaître ses émotions et savoir quoi en faire permet de rester disponible pour le patient sans se laisser envahir.

6. ANALYSE CROISEE

Ce travail de recherche vient d'une situation précise, un premier repas thérapeutique en hôpital de jour de psychiatrie, une anxiété que je n'avais pas anticipée, un tutoiement que j'ai posé spontanément qui a brouillé mes repères avant même que la relation se construise. C'est à partir de ce vécu que s'est construite ma question de départ : en quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?

Pour y répondre, j'ai donc rencontré cinq infirmiers qui ont accepté d'en parler chacun à leur façon et ont mis des mots sur ce qui se joue entre eux et leurs patients.

L'analyse qui suit croise leurs paroles avec le cadre de référence et ma situation de départ.

6.1. L'intelligence émotionnelle

Quatre des cinq soignants ne connaissaient pas le concept d'intelligence émotionnelle avant l'entretien. Jacques dit : « *c'est la première fois que j'entends en tout cas ce concept-là, ces deux termes en même temps.* » (L.55-56). Et Johana : « *j'ai lu ta question tout à l'heure, non.* » (L.92). Pourtant, tous les cinq décrivent avec leurs propres mots quelque chose qui correspond à ce que Daniel Goleman (2014, p. 521) appelle l'intelligence émotionnelle : la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi, l'empathie et la maîtrise des relations humaines et qui correspond aussi à ce que Rossi, Lauzol & Noyé disent : « *Elle (l'intelligence émotionnelle) encourage une communication authentique, l'écoute, l'accueil et l'empathie, permettant à chacun de s'ajuster aux besoins de l'autre tout en respectant les siens.* » (2020, p.60)

Kenza, qui est la seule à connaître le concept dit quelque chose d'intéressant : « *l'intelligence émotionnelle, c'est travailler sur ses émotions en fait.* » (L.64-65.) Le mot travail m'a interpellée car ça explique bien que ce n'est pas un talent ni une qualité innée mais que c'est un concept qui s'acquiert avec de l'entraînement.

Sur la question de savoir si le soignant doit se servir de ses émotions dans le soin, les cinq répondent différemment.

Jacques cherche la neutralité : « *Faut arriver à rester plus ou moins neutre, je pense, tout en détectant ses émotions et en les identifiant.* » (L.44-45). Il le répète plusieurs fois. La neutralité paraît pour lui plus comme outil mais quand je lui demande si la gestion de ses émotions lui permet la bonne distance, il répond simplement : « *voilà, on va dire ça, oui. C'est bien résumé.* »

(L.96). Il pratique selon moi, une certaine régulation de ses émotions sans le formuler explicitement.

Johana et Kenza assument leurs émotions : « *On est des êtres humains et on a des émotions et voilà c'est comme ça c'est la vie* » (L.48-49) dit Johana. « *Ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on est robot* » (L.54) dit Kenza et elle ajoute : « *c'est un appui, ça fait partie de la communication avec l'autre.* » (L.51). Donc pour elles, ce n'est pas un obstacle ou quelque chose à contenir mais plutôt un appui.

Bonita et Sally sont plus dans le questionnement : « *Les émotions du soignant, elles sont là. Après, il faut savoir quoi en faire* » (L.113-114) dit Bonita. Sally décrit un travail intérieur : « *je fais un travail, j'essaie de re-conscientiser ce que je suis en train de ressentir.* » (L.96-97). J'ai pu remarquer grâce à ces entretiens, que personne n'est totalement neutre dans la relation de soin. Même Jacques qui insiste beaucoup sur la neutralité, reconnaît que ce n'est pas toujours possible. En réalité, les émotions sont toujours présentes que nous le voulions ou non.

Comme le dit Daniel Goleman (2014, p. 406), « *l'esprit émotionnel est beaucoup plus rapide que l'esprit rationnel* ». Dit autrement, l'émotion arrive avant même que nous ayons le temps de réfléchir. Tous les soignants interrogés l'ont vécu. Ils ne parlent pas d'absence d'émotions mais de capacité à en prendre conscience et à les gérer ensuite.

6.1.1 L'affect

Patricia Bosquin-Caroz (2016) dit que l'affect « *ne correspond pas à une émotion immédiatement visible ou exprimée, mais à ce que le sujet ressent intérieurement, parfois sans pouvoir le nommer.* » Si je comprends bien ce qu'elle veut dire, il faut du temps et un regard extérieur pour en comprendre le sens. Les cinq entretiens l'illustrent chacun à leur façon.

Jacques décrit la tristesse d'un patient qui s'exprime avec beaucoup de culpabilité, les larmes aux yeux : « *Forcément ça touche d'écouter un récit comme ça.* » (L.22). Il était à distance ce jour-là, il avait un rôle d'observateur dans cet entretien et il dit : « *ça aurait peut-être été un peu compliqué pour moi.* » (L.25). Il sait que quelque chose en lui aurait été touché. Par contre, avec le patient violent, la conscience est venue après : « *j'aurais pu détecter que ça me renvoie à un truc négatif, essayer de rester tranquille.* » (L.46-47).

Quant à Johana, elle ne cherche pas à les contenir et accepte ses affects devant les patients. La scène du groupe de parole où elle a les larmes aux yeux : « *je pense que je suis devenue toute rouge et j'ai eu vraiment les larmes aux yeux et je pense qu'ils l'ont vu* » (L.45-46), elle la

raconte avec de la culpabilité puis finalement l'accepter: « *on est des êtres humains et on a des émotions et voilà c'est comme ça c'est la vie.* » (L.48-49). Et elle va plus loin en me disant : « *je trouve que c'est même une preuve de professionnalisme... qu'ils se sentent compris.* » (L.169-170). Elle assume sa position concernant ses émotions.

Bonita met une frontière nette entre ce qu'il se passe lors d'un entretien avec un patient et sa propre histoire: « *Il ne faut pas que l'histoire du patient se confonde avec notre propre histoire.* » (L.110-111). C'est pour moi une forme de gestion des affects qui préserve à la fois la qualité du soin et la santé du soignant.

Sally en donne un autre exemple. La séance de déprogrammation traumatique avec un patient qui avait assisté à une décapitation : « *son histoire à lui m'a hantée pendant plusieurs jours.* » (L.28). Elle reconnaît qu'elle aurait dû se faire accompagner malgré 35 ans de métier. Mais cet affect qui déborde quand même n'est pas vécu comme une faiblesse. C'est ce que Alexandre Manoukian (p. 5) dit simplement : « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation.* » Et nous ne choisissons pas toujours ce qui nous touche.

Kenza choisit de le dire au patient quand c'est juste : « *on peut bien sûr, face à un patient, lui expliquer, lui dire : oui, ce que vous dites, ça me touche.* » (L.151-152). Pas pour décharger sur lui mais pour être vraie. Et c'est peut-être ça le travail sur l'affect, non pas le supprimer mais choisir ce qu'on en fait.

Pascal Prayez (2016, p. 6) dit que « *l'affectif est présent dans toutes les relations : le problème est de savoir ce que l'on en fait.* » Nous pouvons voir que les cinq soignants trouvent des réponses différentes à cette question.

6.1.2 L'empathie

Tous les cinq la jugent indispensable. « *Sans empathie, on ne peut pas faire du soin de qualité* » (L.72-73) dit Jacques. « *Elle est indispensable* » (L.85-86) répète Kenza deux fois. « *C'est primordial dans notre rôle* » (L.103) dit Johana. Mais là où ça devient intéressant, c'est quand on leur demande ce que ça veut dire concrètement parce que les cinq ne parlent pas de la même chose.

Bonita est la plus clinique : « *comprendre, après, pas ressentir. Je pense qu'on ne peut pas ressentir exactement la même chose, parce qu'on n'est pas à la place du patient.* » (L.158-159). Elle décrit l'empathie plutôt comme de l'observation : « *la gestuelle, la manière de se positionner, la manière de parler, la manière de ne pas parler.* » (L.149-150). Rossi, Lauzol &

Noyé (2020, p. 97) appelleraient ça l'empathie cognitive qui sert plutôt à comprendre les pensées, les intentions et le cadre de référence de l'autre sans nécessairement partager son émotion.

Johana est dans quelque chose de beaucoup plus spontanée : « *Je le fais sans m'en rendre compte je pense en fait.* » (L.113) et elle ajoute honnêtement : « *pas avec tout le monde hein, de toute façon on peut pas s'entendre avec tout le monde.* » (L.115-116).

Sally explique des « *fractions de secondes où à un moment donné je suis en résonance avec l'autre...* » (L.93-94). Elle s'appuie sur ce qu'elle ressent pour comprendre l'autre, puis elle se recentre. « *...Pas comme un diapason, mais si l'autre effectivement il est un petit peu trop haut, de le ramener à quelque chose de plus acceptable.* » (L.100-101). Ça montre que l'empathie n'est pas forcément ressentir exactement la même chose que le patient mais plutôt comprendre ce qu'il vit pour pouvoir l'aider à se réguler.

Kenza ne cite pas Carl Rogers mais elle arrive à la même notion du 'comme si' (2013), être avec l'autre sans se confondre avec lui : « *l'empathie, c'est se mettre à la portée pour que la personne en face voie qu'on est là, mais en même temps, ce n'est pas une relation amicale du tout.* » (L.96-98).

Catherine Mercadier (2017) parle d'un risque appelé 'mimétisme symptomatologique', le soignant peut finir par absorber la souffrance du patient au lieu de simplement l'accompagner. Nous le voyons chez Sally après sa séance de déprogrammation, où l'histoire du patient continue à la hanter. Johana s'en rapproche aussi en groupe de parole.

Daniel Goleman (2014, p. 145) dit que « *l'empathie repose sur la conscience de soi.* » C'est peut-être ça le véritable lien entre intelligence émotionnelle et empathie. Nous ne pouvons pas vraiment entendre l'autre quand nous sommes encore en train de se débattre avec nous-même. Au final, ça montre que pour être empathique, il faut être suffisamment stable intérieurement. Sinon, soit nous absorbons trop l'émotion de l'autre, soit nous sommes envahis par la sienne... et dans les deux cas, la relation de soin devient plus difficile.

6.2. La juste distance

Aucun des infirmiers ne donnent la même définition et c'est exactement ce que Pascal Prayez (2016, p. 194) dit sur la juste distance : « *la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* », une distance qui se réajuste en permanence, elle n'est pas universelle.

Jacques cherche l'absence d'asymétrie : « *essayer qu'il n'y ait pas trop d'asymétrie dans la relation, qu'il n'y ait pas une domination du soignant et le 'petit' patient vulnérable.* » (L.77-79). La juste distance est pour lui une place que nous prenons sans dominer et sans écraser l'autre. Il parle de neutralité, de ne pas trop s'engager émotionnellement.

Johana se questionne directement pendant l'entretien, puis elle explique que pour elle, il faut aussi être proche du patient : « *pour que le patient se confie sur des choses parfois très personnelles... il faut quand même qu'il y ait une certaine proximité.* » (L.158-160). Elle ne voit donc pas la distance comme quelque chose de froid. Au contraire, elle pense qu'on peut être proche tout en restant professionnel. Elle le dit elle-même : « *J'ai l'impression quand même de garder la bonne distance thérapeutique tout en étant proche de mes patients malgré tout.* » (L.160-161). Au final, elle montre bien que la juste distance ce n'est pas choisir entre proximité ou distance, mais réussir à garder les deux en même temps. Ce qui nous ramène à ce que dit Michel Pétermann (2016, p.178) : « *Opter pour la juste distance professionnelle, c'est quitter "la prise en charge" pour s'ouvrir à "l'accompagnement thérapeutique".* »

Bonita dit qu'il faut surtout montrer qu'on tient le coup. Elle dit : « *Il faut arriver à renvoyer à l'autre qu'on est solide, qu'on est là.* » (L.102-103). Son idée je pense, c'est que si le soignant vacille, le patient peut le sentir et ça peut compliquer la relation. Elle donne un exemple parlant avec un patient qui a commis des violences conjugales et qui essayait de l'intimider avec sa collègue. Pendant l'entretien, elles restent professionnelles, ne rentrent pas dans son jeu et restent centrées sur le soin. Mais après, entre elles, se permettent de dire ce qu'elles ont ressenti : « *entre nous, on s'est autorisé à dire : il est dégueulasse. Je pense que c'est plus sain d'arriver à le sortir.* » (L.231-236). Nous comprenons donc qu'il y a deux temps pour Bonita : pendant le soin, rester neutre et solide et après, relâcher et exprimer les ressentis. C'est selon moi, une manière de garder la bonne distance sans tout garder pour soi.

Sally raconte une situation où elle n'a pas maintenu la distance sans s'en rendre compte. Une patiente l'avait amenée progressivement à jouer le rôle d'un 'parent qui recadre'. « *Et là, du coup, j'en ai pris conscience.* » (L.171) « *... Mais malgré moi, franchement, je ne l'ai pas vu venir.* » (L.175-176). C'est l'éclairage du psychologue qui lui a permis de s'en rendre compte. Pascal Prayez (2016, p. 74) parle de projection : « *on croit voir en autrui des ressentis, des désirs, des émotions qui, en fait, viennent de nous.* » Elle ne l'avait pas conscientisé mais essaie de prendre le positif de la situation : « *Je me suis laissée embarquer. Mais c'est bien, ça sert de leçon.* » (L.190-191)

Kenza me raconte la métaphore des deux hérissons sur la toundra : « *ils se rapprochent doucement pour ne pas se blesser. Et c'est à ce moment-là qu'ils arrivent à trouver la juste*

distance » (L.105-119). Ça dit en quelques images ce que des pages de théorie ne disent pas aussi bien. Et sa conclusion est pertinente: « *la juste distance, c'est une adaptation perpétuelle.* » (L.130-131). Ce n'est pas quelque chose de figé et il est important de s'adapter à chaque patient et à chaque situation. Elle fait également un lien avec la gestion des émotions : « *oui, bien sûr, la gestion des émotions permet d'avoir la bonne distance. La gestion, pas l'ablation des émotions.* » (L.150-151). Ce mot 'ablation' me paraît pertinent. Elle ne parle pas de supprimer ce qu'on ressent ni de devenir insensible mais qu'il faut apprendre à ne pas se laisser envahir par elles.

6.2.1 L'alliance thérapeutique

Confiance, disponibilité, respect, authenticité. Ces mots reviennent chez les cinq infirmiers.

Jacques dit: « *essayer de créer une relation de confiance. Parfois ça prend du temps.* » (L.104-106). Pour lui, créer une alliance thérapeutique passe par une relation de confiance.

Johana parle de la connaissance du patient : « *bien connaître mon dossier, bien connaître mon patient.* » (L.189). Elle préfère arriver à l'entretien en ayant déjà lu ce que la personne a traversé pour ne pas lui imposer de tout recommencer depuis le début.

Bonita formule quelque chose de plus radical : « *le seul objectif qu'on a, c'est qu'il revienne.* » (L.277-278). Elle n'est pas dans l'attente d'un résultat immédiat mais juste de maintenir le fil pour qu'un travail soit possible un jour. « *On plante des graines.* » (L.323).

Sally apporte quelque chose de plus. Pour elle, l'alliance peut se construire à l'insu du soignant et aussi se dérégler de la même façon. « *La relation, elle se joue à deux. Attention.* » (L.189-190) Elle n'avait pas vu venir ce que la patiente lui faisait jouer. Doris Vasconcellos-Bernstein (2013, p. 25) dit que : « *... pour mettre en place et maintenir une bonne alliance thérapeutique, le professionnel aura à garantir qu'au sein de cette relation asymétrique, le patient puisse investir sa psychothérapie de manière autonome et en responsabilité.* » Dans la situation de Sally, cette vigilance seule n'a pas suffi, il lui a fallu un regard extérieur.

Kenza lie alliance thérapeutique et connaissance de soi : « *c'est notre attitude, d'être vrai, d'être soi. Mais c'est surtout aussi avoir travaillé un petit peu, quand même, se connaître soi, connaître ses limites, ses valeurs.* » (L.171-173). Ce qui me fait penser à ce que pose Carl Rogers (1963) comme condition fondamentale,: « *pour avoir une cohérence et une alliance thérapeutique avec une personne, on ne peut pas être faux, on doit être vrai.* » (L.139-141).

6.2.2 L'écoute active

Elle n'est pas explicitement nommée lors des différents entretiens mais nous pouvons comprendre quand même qu'elle fait partie de la relation pour chacun des soignants.

Johana prépare les entretiens d'accueil en lisant les dossiers en amont : « *comme c'est des histoires très lourdes je n'ose pas des fois leur demander de répéter... donc je leur dis que j'ai déjà lu le dossier.* » (L.199-201). C'est pour moi une sorte d'écoute. Elle prend aussi le temps : « *même si c'est trois quarts d'heure une heure* » (L.204-205), parce qu'elle pense que le patient a besoin de sentir qu'on est là pour lui, d'être écouté et pas pressé d'en finir. Ce qui étaye cette phrase : « *Sans cette écoute active, le soignant demeure dans une certaine forme d'ignorance et laisse ses préjugés et ses croyances prendre le pas sur le reste.* » (Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 55)

Bonita ne suit pas une liste de questions lors de ses entretiens mais fait en fonction de ce qui se dit, ce qu'elle écoute : « *les infos qu'on doit chercher, on les garde en tête. Et puis, dans l'entretien, c'est un peu un parcours où on va d'un côté, on revient à la question, on repart sur autre chose.* » (L.297-299). Quand quelqu'un n'a pas envie de parler d'un sujet : « *je n'ai pas trop envie d'en parler, on fait OK.* » (L. 292-293). L'écoute active c'est peut-être aussi respecter ce qui ne veut pas être dit par l'autre.

Kenza est plus sur le non-verbal : « *être vraiment en observation avec la personne qu'on a en face de nous (...) la communication non-verbale, on peut observer.* » (L.156-160). La situation dans laquelle sa patiente en fin de vie se remet à fredonner, apparaît comme une forme d'écoute qui ne passe pas du tout par les mots. Pascal Prayez (2016, p. 122-123) dit que l'écoute active demande de « *savoir se taire intérieurement* », de « *mettre à distance ses propres réactions émotionnelles* ».

Sally vérifie avec le patient ce qu'elle a ressenti. Elle dit : « *Voilà un petit peu ce que ça m'a fait. Est-ce que vous êtes d'accord avec ce que je vous dis ?* » (L.156-157). Cela correspond à l'écoute active, parce qu'elle ne se contente pas d'interpréter toute seule. Elle reformule ce qu'elle a perçu et elle laisse le patient confirmer ou corriger. Ainsi, elle évite de projeter ses propres idées et elle reste au plus près de ce que vit réellement la personne en face. C'est ce que décrit Carl Rogers, essayer de comprendre le monde de l'autre, mais sans oublier que nous ne sommes pas à sa place.

6.3. La relation de soin

Les cinq infirmiers décrivent la relation de soin comme une rencontre singulière, toujours différente et qui se construit au moment où elle se vit.

Jacques décrit un moment où la relation change de nature lorsqu'il dit : « *quand il arrive à oublier son statut de malade, je trouve que c'est chouette quoi, c'est gagné.* » (L.123-124). Ce 'chouette' montre quelque chose de très simple, pour lui, la relation fonctionne quand le patient n'est plus réduit à sa pathologie.

Bonita utilise le mot 'rencontre': « *aux urgences, c'est une rencontre parce que ce sont des personnes qu'on voit pour la première fois.* » (L.344-345). Je pense que ce qu'elle essaie de dire c'est que la rencontre est liée à l'instant, au fait qu'il n'y ait pas encore de relation construite dans le soin.

Kenza insiste sur la singularité : « *chaque personne est unique* » (L.231). Ce que j'entends par là c'est que la relation ne peut pas être standardisée puisqu'elle dépend de ce qui est propre à chacun.

Sally exprime que la relation se construit dans l'échange : « *c'est l'autre qui t'apprend de lui. Parce que lui t'apprend. Il va t'aider à te guider dans cet accompagnement. Mais en fait, toi, tu ne sais rien.* » (L.231-233). Pour Sally, c'est le patient, par ce qu'il dit et par ce qu'il vit, qui va orienter la manière de l'accompagner et guider ainsi le soignant à s'ajuster au fur et à mesure de la rencontre.

Dans ce sens, Walter Hesbeen rappelle que le soin ne se résume pas à une technique. Alexandre Manoukian (2014, p. 3) ajoute que « *tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné* ».

6.3.1 La relation d'aide

La relation d'aide apparaît dans les entretiens sans être nommée directement. Elle se voit surtout dans la façon dont les soignants réagissent quand le patient n'est pas dans la demande ou quand la situation n'avance pas comme prévu.

Bonita explique : « *On attend pas de résultat(...) faut que ça vienne d'eux-mêmes.* » (L.317 à 321). Face à une jeune patiente qui dit 'je reviens jamais', elle choisit quand même de proposer un rendez-vous. Elle dit : « *on plante des graines et on attend et on voit.* » (L.323-

325). Et surtout : *« faut laisser le patient choisir et être maître de son projet. »* (L.335-336).

Bonita ne force pas la relation d'aide, elle laisse au contraire du temps et de l'espace.

Sally exprime une idée proche avec ses mots : *« c'est elle qui est l'orfèvre de sa vie. »* (L.214).

Pour elle, l'idée n'est pas de décider à la place du patient mais de lui permettre d'avancer à son rythme, en gardant une forme de soutien.

Johana, parle de *« se refiler un petit peu le bébé quand on se sent pas apte d'avoir les bons mots pour la bonne personne. »* (L.244-245). Cela peut montrer que la relation d'aide passe aussi par le fait de reconnaître ses propres limites et que parfois, savoir passer le relais permet de mieux accompagner le patient que de rester seul dans une situation qui ne convient pas.

6.3.2 La subjectivité du patient

C'est probablement ici que la tension entre le vécu en tant qu'humain et la posture professionnelle est la plus visible.

Bonita est très claire : *« autant les valeurs c'est important de les connaître après ça a pas à influencer... on reste neutre quoi par rapport à ça. »* (L.375-378). Elle illustre ça avec un patient condamné pour violences conjugales : *« il peut être violent. Ça peut être un psychopathe. Ça ne l'empêche pas d'être malade et d'être déprimé. Il a le droit d'avoir des soins pour sa dépression. Il faut arriver à rester à faire la part des choses. »* (L.224-225). Pour Bonita, le soin est donc dissocié du jugement sur la personne. Le code de déontologie infirmier va dans ce sens, l'article R.4312-3 rappelle le respect de la dignité du patient en toutes circonstances.

Jacques dit les choses de manière plus directe : *« je pense que ça influence. Plus d'empathie, c'est vrai, je pense hein. »* (L.142). Il reconnaît qu'il n'a pas la même disponibilité émotionnelle pour tous les patients. Jacques aurait plus d'empathie pour un patient qui a des difficultés à vivre sa pathologie que pour un patient qui a commis des crimes.

Kenza exprime la même idée : *« bien sûr qu'on est un être humain, par exemple tu me dis des choses horribles, on se dit 'oh mon Dieu mais c'est pas possible.' C'est là-dessus qu'on doit travailler. »* (L.244-245). Reconnaître la subjectivité du patient, même quand ce qu'il raconte choque, c'est de ce travail que Kenza parle. Cela veut dire ne pas laisser ses propres réactions prendre toute la place dans la relation de soin.

Sally résume ça très simplement : *« c'est l'autre qui t'apprend de lui (...) Toi, tu ne sais rien. »* (L.231-233).

Guillen, Guillen & Combres (2020, p. 65) soulignent que malgré la loi du 4 mars 2002, « *certain patients continuent à ressentir le manque d'un espace pour subjectiver ce qui leur arrive.* » Cet espace dépendrait en partie du soignant parce que c'est lui qui peut permettre ou non que la parole du patient soit entendue. Cela suppose aussi un travail sur soi pour ne pas laisser ses propres représentations occuper toute la place.

6.4 Conclusion de l'analyse croisée

Ce que les cinq entretiens montrent, c'est que l'intelligence émotionnelle n'est pas une qualité que nous détenons ou ne détenons pas. C'est quelque chose qui se construit dans l'expérience, dans les erreurs, dans les situations qui débordent et que nous analysons par la suite.

Aucun des cinq infirmiers ne prétend y être arrivé. Jacques cherche encore la neutralité. Johana doute de sa juste distance en plein entretien. Bonita a besoin du débrief pour sortir ce qu'elle a retenu pendant l'entretien. Sally s'est laissée embarquer malgré trente-cinq ans d'expérience. Kenza parle d'adaptation perpétuelle.

Tous, chacun à leur façon, établissent le même lien avec celui qui était au cœur de ma question de départ, reconnaître ses émotions, les réguler, savoir ce que nous en faisons. C'est ce qui selon moi, rend possible une distance ajustée. Je ne parle pas d'une distance froide et pas non plus d'une fusion mais de quelque chose entre les deux qui varie selon les personnes qui sont face à nous et les différents contextes. Comme les deux hérissons qui se rapprochent doucement.

7. LIMITES DE L'ENQUETE

Pour mener cette enquête exploratoire, des demandes d'autorisation d'entretien ont été envoyées par mail à la direction de chaque structure hospitalière. Puis après avoir reçu les accords par retour de mails, j'ai pu contacter les différents cadres afin de convenir de rendez-vous d'entretiens avec les infirmiers et leur transmettre le thème de mon mémoire.

Avant de débiter les entretiens, je précisais aux soignants que cet entretien était totalement confidentiel, qu'il durerait entre dix et trente minutes et je demandais également leur consentement pour les enregistrer afin de retranscrire fidèlement leurs propos.

La mise en place de cette enquête exploratoire n'a pas été simple et a rencontré quelques difficultés.

Obtenir des entretiens aux urgences psychiatriques a été compliqué. Les soignants contactés m'ont exprimé un certain malaise face à ce type d'échange et je n'ai pu réaliser qu'un seul entretien au lieu de deux initialement prévus. En soins palliatifs, les contraintes de service ne m'ont pas permis d'effectuer l'entretien en présentiel, ce qui m'a amenée à le réaliser par téléphone. Cela a forcément limité la richesse de l'échange, surtout sur ce qui relève du non-verbal.

Au niveau de la méthode, certaines limites sont aussi apparues. Lors de mon premier entretien, j'ai oublié de poser une question importante sur la gestion des émotions du soignant, ce qui m'a manqué pour l'analyse. Mon guide d'entretien comportait également des questions parfois trop proches, ce que les soignants ont eux-mêmes remarqué et cela a entraîné des réponses répétitives sans toujours approfondir les idées. Il m'est aussi arrivé de reformuler ou de valider leurs propos pendant l'échange, ce qui a pu influencer certaines réponses.

Le fait que la majorité des soignants ne connaissait pas le concept d'intelligence émotionnelle m'a obligée à le définir en cours d'entretien. Même si cela a permis de poursuivre l'échange, cela a pu orienter leur compréhension et introduire un léger biais. Certains concepts ont également été difficiles à exploiter, comme la différence entre émotion et affect ou encore la relation d'aide, qui ont été peu développées spontanément par les infirmiers.

Enfin, le nombre d'entretiens reste limité, avec cinq infirmiers exerçant uniquement en psychiatrie et en soins palliatifs. Cela ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la profession et d'autres contextes auraient sans doute apporté des points de vue différents.

Ces éléments montrent que les résultats de cette enquête doivent être pris comme des pistes de réflexion et non pas comme des conclusions que nous pourrions généraliser.

8. PROBLEMATIQUE

Ce travail de recherche débute par ma question de départ : **En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?** Mais au fil des entretiens, une autre question est apparue. Une question plus difficile à poser, mais aussi peut-être plus proche de ce que vivent réellement les soignants sur le terrain.

Les cinq soignants rencontrés disent tous, d'une manière ou d'une autre, que reconnaître et gérer ses émotions aide à garder une distance adaptée. Il existe donc bien pour eux un lien entre intelligence émotionnelle et juste distance même s'ils ne mettent pas forcément de mots dessus.

Mais les entretiens ont aussi montré autre chose. Dans certaines situations, notamment face à des patients dont les actes peuvent choquer (violences, crimes...), la gestion des émotions ne suffit pas toujours.

Par exemple, Bonita explique que face à un patient qui minimise des violences conjugales, elle reste professionnelle pendant l'entretien, elle recentre sur le soin. Mais après, avec ses collègues, elle dit qu'elles ont besoin de « le sortir », de pouvoir dire ce qu'elles ressentent. Jacques reconnaît aussi qu'il n'a pas la même empathie pour tous les patients. Kenza, elle, dit clairement que face à certaines situations, on réagit d'abord comme un être humain, avec des émotions fortes, et que c'est justement là-dessus qu'il faut travailler.

Ce que ces paroles montrent, c'est qu'il existe une vraie tension entre ce que le soignant ressent en tant que personne et ce qu'il doit faire en tant que professionnel. Cette tension fait partie du métier mais elle me pose une question importante : que faire quand les émotions ressenties rendent l'empathie difficile ?

Le Code de déontologie infirmier est clair sur ce point. L'article R.4312-3 stipule que *« l'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. »*

Aucune exception n'est prévue selon le motif d'admission ou le passé du patient. De cet article, je comprends que la dignité de la personne soignée s'impose en toutes circonstances y compris lorsque cette personne a commis des actes qui peuvent paraître difficiles à concevoir.

Or, comme le soulève un article publié sur Infirmiers.com consacré aux représentations sociales en milieu carcéral, *« la question se pose sur la capacité du soignant à mettre à distance ses valeurs et ressentis personnels au profit des valeurs professionnelles et d'une interaction objective. Est-il recevable, voire concevable, qu'une personne ayant commis un délit ou un*

crime puisse être en détresse ? Et cette détresse ne devrait-elle pas être uniquement réservée à la victime ? » Ces questions ne concernent pas seulement le milieu carcéral, elles peuvent se poser dans d'autres services où un soignant se retrouve face à un patient dont l'histoire personnelle heurte profondément ce qu'il est.

Daniel Goleman (2014, p. 145) explique que « *l'empathie repose sur la conscience de soi ; plus nous sommes sensibles à nos propres émotions, mieux nous réussissons à déchiffrer celles des autres.* » Mais concrètement que se passe-t-il quand l'émotion que le soignant ressent est du rejet ou de la colère ? L'intelligence émotionnelle développée dans mon cadre de référence, impose que ces émotions doivent être reconnues et régulées. Mais reconnaître qu'on ressent du rejet ne fait pas disparaître ce rejet. Et continuer à soigner dans ces conditions demande, à mon sens, autre chose qu'une simple régulation émotionnelle.

Walter Hesbeen (2002) définit le prendre soin comme « *porter une attention particulière à une personne vivant une situation de soins singulière* ». Carl Rogers (1963) parle de « *considération positive inconditionnelle* » comme condition d'une relation thérapeutique efficace. Sur le papier, ces idées sont claires et pertinentes mais les entretiens montrent que dans la réalité, cela demande un vrai travail sur soi.

C'est là que quelque chose d'important apparaît pour moi. L'intelligence émotionnelle est nécessaire mais elle ne suffit pas toujours. Ce qui ressort de ces entretiens c'est aussi le besoin de pouvoir en parler, d'avoir un espace, dans l'équipe ou ailleurs, pour mettre des mots sur ce qui est ressenti. Un espace qui permet de rester professionnel, non pas en supprimant ses émotions mais en apprenant à les comprendre et à les gérer

9. QUESTION DE RECHERCHE

Cette problématique conduit à formuler la question de recherche suivante :

En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle de maintenir une posture soignante éthique face à des patients dont les actes peuvent heurter profondément ses valeurs personnelles ?

10. CONCLUSION

Ce travail a commencé par un malaise. Un repas thérapeutique, un premier jour de stage, l'étudiante que j'étais qui ne savait pas où se mettre ni physiquement, ni relationnellement. Ce moment a posé une question : comment soigne-t-on quand on n'a pas encore appris à se tenir dans la relation ? Je ne prétends pas avoir trouvé la réponse de façon définitive à travers ce mémoire mais il a ouvert quelque chose. Les entretiens réalisés m'ont permis de mettre en évidence que la gestion des émotions est bien présente dans la pratique quotidienne des infirmiers. Tous les soignants rencontrés décrivent de manière différente, une régulation émotionnelle qui leur permettent de maintenir une distance adaptée avec le patient. Cela montre que l'intelligence émotionnelle n'est pas qu'un simple concept mais bien une compétence qui est utilisée sur le terrain et souvent de façon intuitive.

Je pensais initialement que la gestion des émotions suffisait à garantir une juste distance dans la relation de soin. Or, face à des patients qui ont commis des actes ou qui tiennent des propos qui heurtent profondément les valeurs du soignant et alors, la régulation émotionnelle ne suffit pas toujours. Les émotions ressenties peuvent être parfois dérangeantes et ne disparaissent pas simplement parce qu'on en a conscience.

Comprendre cela m'a permis d'admettre que la relation de soin ne repose pas uniquement sur des compétences qui me sont propres mais aussi sur le travail d'équipe. Les soignants évoquent l'importance de ce travail en équipe, du partage, du fait de pouvoir déposer ce qu'ils ressentent après coup. Cela apparaît comme une condition essentielle pour eux pour maintenir une posture professionnelle adaptée. Les soignants m'ont fait comprendre qu'être un professionnel de soin ce n'est pas ne rien ressentir, c'est savoir quoi faire de ce que l'on ressent.

Cette exploration m'a également permis de porter un regard différent sur la notion de juste distance. Elle n'apparaît pas comme quelque chose de fixe ou de défini mais plutôt comme un équilibre qui se construit en permanence en fonction du patient, de la situation et aussi de l'état du soignant lui-même. Cette distance se réajuste sans cesse.

Sur le plan de la pratique infirmière, cette recherche m'amène à penser que la gestion des émotions devrait être davantage accompagnée et travaillée au cours de la formation mais aussi dans les services. Développer sa capacité à reconnaître ses émotions, à les comprendre et à les réguler me semble essentiel pour construire une relation de soin de qualité. Mais cela ne peut

pas reposer uniquement sur le soignant. Il est important de pouvoir s'appuyer sur l'équipe, d'avoir des espaces d'échange et de ne pas rester seul face à certaines situations difficiles.

Ce travail ouvre également sur d'autres questions. Par exemple, comment accompagner les soignants face à des situations qui viennent heurter leurs valeurs personnelles ? Quels dispositifs pourraient être mis en place pour soutenir cette gestion émotionnelle au quotidien ? Et jusqu'où peut-on demander à un soignant de s'adapter sans que cela n'ait un impact sur lui-même ?

Enfin, cette recherche m'a permis de prendre du recul sur ma propre pratique. Elle m'a aidée à mieux comprendre ce que je ressens dans certaines situations et à ne plus voir ces émotions comme un problème mais comme une information à prendre en compte. Elle m'a aussi fait prendre conscience que la relation de soin ne peut pas être parfaite et qu'elle se construit avec ce que chacun apporte.

Si je devais retenir une chose de ce mémoire, ce serait que la relation de soin ne se résume pas à des techniques ou à des connaissances mais qu'elle repose avant tout sur une rencontre, avec tout ce côté imprévisible qui l'accompagne et qui peut parfois être difficile. Soigner, selon moi, ce n'est pas effacer ce que nous sommes pour être professionnel mais c'est plutôt apprendre à rester soi, tout en étant capable de soutenir l'autre.

11. BIBLIOGRAPHIE

- Académie française. (1992–2024). *Dictionnaire de l'Académie française* (9^e éd.). Fayard / Imprimerie nationale.
- Argenty, J. (2010). Le travail relationnel. *Vie sociale et traitements*, 105, 92–97.
- Bertoux, M. (2020). *La construction des émotions*. *Revue de neuropsychologie*, 12(4), 327–328. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0603>
- Bosquin-Caroz, P. (2016). *De l'émotion à l'affect. La Cause du Désir*, 93(2), 30–34. <https://doi.org/10.3917/lcdd.093.0030>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Émotion*. CNRTL. <https://www.cnrtl.fr/definition/emotion>
- Code de déontologie infirmier, article R.4312-3. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Elsevier Masson.
- Deshays, C. (2013). *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. InterÉditions.
- Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Fondements et références (3^e éd.). (2019). Elsevier Masson.
- Dunod Roux-Fouillet, L. (2023). *Intelligence émotionnelle : Comprendre ses émotions et améliorer sa relation aux autres*. Vuibert.
- Eymard, C., & Thuilier, O. (2018). *Le travail de fin d'études : S'initier à la recherche en soins infirmiers*. Lamarre.
- Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle* (Intégrale). J'ai lu.
- Guillen, A-S., Guillen A., & Combres, L. (2020). *Quelle place pour la subjectivité du malade dans la pratique médicale ?* *Ethique & Santé*, 17(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.eths.2020.02.004>
- Légifrance. (2016, 25 novembre). *Loi n° 2016-1547 de modernisation de la justice du XXI^e siècle*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578/>
- Lilti, T. (Réalisateur). (2014). *Hippocrate* [Film]. 31 Juin Films. (visionné en septembre 2025)

Linden, A. (2008). *Les frontières dans les relations humaines : Comment être à la fois séparé et relié*. InterÉditions.

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.

Martinho, B. (2022, 28 septembre). Infirmiers et représentations sociales en milieu carcéral, un dernier jugement ? *Infirmiers.com*. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/infirmiers-et-representations-sociales-en-milieu-carceral-un-dernier-jugement>

Mercadier, C. (2017, décembre). *Le travail émotionnel, cet invisible*. Espace Infirmier. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/debats/chroniques/171212-le-travail-emotionnel-cet-invisible.html>

Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Seli Arslan.

Merkling, J. (2014). *Le soin en santé mentale*. Seli Arslan.

Nasielski, S. (2014, 18 février). Le travail relationnel. *Actualités en analyse transactionnelle*. <https://shs.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12?lang=fr>

Pétermann, M. (2016). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, **31**(4), 177–181. <https://doi.org/10.3917/inka.164.0177>

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné*. Chenelière Éducation.

Pinterest. (s.d.). *Image publiée sur Pinterest* [Image]. <https://i.pinimg.com/736x/99/3e/b7/993eb70bab3dbe0f298c9a6f454f7e62.jpg>

Prayez, P. (2016). *Julie, ou l'aventure de la juste distance : Une soignante en formation*. Éditions Lamarre.

Prayez, P. (2017). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre.

Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique : Les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, 224, 1–?. <https://www.acpfrance.fr/relation-therapeutique-carl-rogers/>

Rogers, C. R. (2013). *L'approche centrée sur la personne* (H. Kirschenbaum & V. Land Henderson, Prés.). Ambre.

Rossi, R., Lauzol, C., & Noyé, D. (2020). *Les pouvoirs de l'intelligence émotionnelle*. Dunod.

Smith, T. W. (2015). *Le dictionnaire des émotions ou comment cultiver son intelligence émotionnelle*. Zulma.

Sur l'ACP. (2025). *Qu'est-ce que l'approche centrée sur la personne ?* ACP France. <https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne/>

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2022). Vieillissement, émotions et intelligence émotionnelle. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1627483021001781>

Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). *Instaurer l'alliance thérapeutique*. *Le Journal des psychologues*, 310(7), 25–28. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025>

12. Sommaire des annexes

Annexe 1 : Demandes d’entretiens	I
Annexe 2 : Réponses des établissements	III
Annexe 3 : Grille d’entretien	V
Annexe 4 : Retranscription des entretiens	VII
Annexe 5 : Grilles d’analyse.....	XLVIII
Annexe 6 : Autorisation de diffusion de travail de fin d’études	LVIII



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Jessica Deschandeliers
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]
Téléphone : 06 [REDACTED]
Mail : jdeschandeliers@erfpp84.frca

Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 10 février 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services suivants :

- CATTP le Toulourenc de Carpentras
- HDJ L'Auzon de Carpentras
- Urgences psychiatriques de Carpentras,

auprès de 4 infirmiers diplômés d'état (1 au CATTP, 1 à l'HDJ et 2 aux urgences psychiatriques) dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Dans un premier temps, l'entretien permettra d'aborder les émotions du soignant à travers le concept d'intelligence émotionnelle, en s'intéressant à l'impact de l'affect et à la place de l'empathie dans la relation de soin.

Cette réflexion conduira ensuite à questionner la notion de juste distance, en lien avec la construction de l'alliance thérapeutique et l'importance de l'écoute active.

Enfin, ces éléments permettront d'élargir la réflexion à la relation de soin, à la relation d'aide et à la reconnaissance de la subjectivité du patient.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Jessica Deschandeliers

Mme Jessica Deschandeliers
Etudiante en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]
Téléphone : 06. [REDACTED]
Mail : jdeschandeliers@eripp84.fr

Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 10 février 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service de soins palliatifs auprès d'un infirmier diplômé d'état dans le cadre de mon travail de fin d'études. Dans un premier temps, l'entretien permettra d'aborder les émotions du soignant à travers le concept d'intelligence émotionnelle, en s'intéressant à l'impact de l'affect et à la place de l'empathie dans la relation de soin.

Cette réflexion conduira ensuite à questionner la notion de juste distance, en lien avec la construction de l'alliance thérapeutique et l'importance de l'écoute active.

Enfin, ces éléments permettront d'élargir la réflexion à la relation de soin, à la relation d'aide et à la reconnaissance de la subjectivité du patient.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Jessica Deschandeliers

Annexe 2 : Réponses des établissements

 **Centre Hospitalier de Montfavet**
À : DESCHANDELIERS Jessica
Cc : [redacted] >; [redacted] <[redacted]@ch-montfavet.fr>; + 3 autres
Lun 23/02/2026 11:28

Bonjour,

Je valide votre demande.

Vous pouvez joindre les CDS suivants pour organiser vos entretiens :

- Me Collange sur le Toulourenc de Carpentras
- Mr Hassoun sur les urgences
- Me Pascal sur l'HDJ l'Auzon.

Bien cordialement,

 **Centre Hospitalier de Montfavet**
Agir avec cœur, soigner avec sens

[redacted] k
Cadre supérieur de pôle

[redacted]@ch-montfavet.fr
tel. 04 [redacted]
Avenue de la Pinède – CS 20107
84918 AVIGNON CEDEX 9
www.ch-montfavet.fr



S. [redacted]@hopital-[redacted].e.fr>



À : DESCHANDELIERS Jessica

Ven 13/02/2026 12:05

Vous y avez répondu le Ven 13/02/2026 14:06

Bonjour Madame Deschandeliers,

C'est avec plaisir que je vous apporte une réponse favorable à votre demande d'entretien auprès de l'équipe IDE, que vous pourrez réaliser sereinement au cours de votre stage.

Je vous laisse m'adresser votre convention de stage, ou à défaut vos périodes de stage afin de mettre à jour notre fichier d'accueil des étudiants.

Votre stage est-il prévu au sein du service Médecine-Soins Palliatifs ou du service Soins Médicaux et de Réadaptation?

Merci à vous par avance de ces éléments.

Vous souhaitant une bonne fin de journée

Cordialement

[redacted]
Cadre de santé

Service SMR- Médecine/LISP

Tel: 04-90-[redacted]

Annexe 3 : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN : Mon objectif est de comprendre comment vous percevez la relation de soin et les enjeux émotionnels qui y sont liés.

Thème	Sous-thème	Question
Le soignant	Présentation	1. Depuis quand êtes-vous infirmier(ère) ?
	Question inaugurale	2. Quel est votre parcours professionnel ? 3. Pouvez-vous me raconter une situation de soin avec un patient qui vous a touché ou questionné ?
L'intelligence émotionnelle	Affect	4. Pensez-vous que la gestion des émotions du soignant est importante ?
	Empathie	5. Pensez-vous que le soignant doit se servir de ses émotions dans la relation de soin ? 6. Connaissez-vous l'intelligence émotionnelle ? 7. Que pensez-vous de l'empathie dans le soin ? <i>Transition : Justement, quand on est touché émotionnellement, on peut se poser la question de la distance...</i>
La juste distance	Alliance thérapeutique	8. Comment définissez-vous la juste distance ?
	Ecoute active	9. Comment faites-vous pour être dans la juste distance ? 10. La gestion de vos émotions vous permet-elle la bonne distance ? 11. Selon vous, qu'est-ce qui aide à instaurer une alliance thérapeutique avec un patient ? <i>Transition : Finalement, tout cela participe à la relation de soin...</i>
La relation de soin	Relation d'aide	12. Pour vous, qu'est-ce qu'une relation de soin?

	Subjectivité du patient	13. Est-ce que l'histoire ou les valeurs du patient influencent votre façon de l'accompagner ? Comment ?
Autre	Divers	14. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour cet échange.

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Entretien 1 avec Jacques

Moi : Alors bonjour, moi c'est Jessica, je suis étudiante en 3ème année, euh... je viens pour euh.. comprendre comment vous percevez la relation de soins et les enjeux émotionnels qui sont liés. Euh.. Je vais d'abord euh.. vous demander de vous présenter en me disant depuis quand vous êtes infirmier.

Jacques : Oui, moi je m'appelle [REDACTED] euh... je suis enfin j'ai 43 ans, je suis infirmier depuis 8 ans, je suis diplômé en 2018 et j'ai commencé à travailler en tant qu'infirmier directement en psychiatrie au centre hospitalier de [REDACTED] en... et euh.. dans divers services, avant d'arriver à l'hôpital de jour j'ai travaillé euh... auprès de euh... personnes autistes, adultes et très déficients, euh.. j'ai travaillé en accueil crise fermé dans deux unités différentes, de deux pôles différents, euh.. et après hôpital de jour.

Moi : D'accord, l'autisme c'est à [REDACTED] ?

Jacques : L'autisme ouai, c'était un service, tous les services j'ai commencé à [REDACTED] directement.

Moi : D'accord, euh... est-ce que vous pouvez me raconter une situation de soins avec un patient qui vous a touché ou questionné ?

Jacques : euh... pff... je.. j'imagine... il y en a eu plusieurs, après euh... touché dans le sens euh..., assez souvent touché, alors il y a dans le sens positif comme négatif, mais j'essaie de trouver celui qui serait le plus pertinent. Euh...bah récemment, alors... pour... les souvenirs plus récents, un patient qui se présentait, qui présentait son histoire de vie et de maladie et qui dans son discours euh... avait beaucoup de culpabilité et lui a commencé à avoir les larmes aux yeux, à s'exprimer avec beaucoup de culpabilité et de tristesse quoi et donc du coup, forcément ça touche d'écouter un récit comme ça. Euh... dans cette situation où je n'étais pas impliqué dans l'entretien, dans la relation, donc j'étais à distance, je me suis dit que ça aurait pu être difficile de... de... à part être dans une écoute active mais d'être dans l'entretien, ça aurait peut-être été un peu compliqué pour moi. Des fois, on arrive à détecter que la tristesse de l'autre, ça peut impacter ouai . Donc là, c'était récent, donc j'ai ce souvenir-là. Après euh..., il y a des situations des fois où ça peut susciter un peu d'énervement aussi

Moi : oui, oui oui du point de vue négatif ouai

Jacques : Je ne sais pas si on peut rentrer dans les émotions, mais on va plutôt mettre dans un point de vue négatif où un patient qui serait hors cadre ou qui teste un peu les limites.

32 **Moi : oui**

33 **Jacques :** J'ai ce souvenir d'une fois où ça en est venu que la personne n'écoutait pas,
 34 n'écoutait pas et que ça en est venu presque aux mains parce qu'à force de ramener au
 35 cadre, la personne n'était pas capable d'entendre et c'est venu à presque, enfin si c'est venu
 36 à presque à une contention physique quoi parce qu'on ...

37 **Moi : parce que vous ne saviez plus comment gérer**

38 **Jacques :** on n'a pas réussi à établir un contact verbal satisfaisant.

39 **Moi : D'accord. Euh... Pensez-vous que le soignant doit se servir justement de ses**
 40 **émotions dans la relation de soin ?**

41 **Jacques :** En tout cas, les détecter, les identifier, oui. Sans servir, euh...oui et non. Pfff...
 42 Ce serait au cas par cas, mais en tout cas, là dans mes exemples à moi, c'était contre-
 43 productif parce que dans le cas où si la personne est trop triste et que moi je suis trop dans
 44 la compassion, je ne peux pas me servir de ..voilà, faut arriver à rester plus ou moins
 45 neutre, je pense, tout en détectant ses émotions et en les identifiant. Par exemple, le cas de
 46 la jeune, quand ça arrivait à la contention, voilà j'aurais pu détecter que voilà, ça me
 47 renvoie à un truc négatif, essayer de rester tranquille.

48 **Moi : Oui, vous n'en avez pas pris conscience tout de suite de vos émotions.**

49 **Jacques :** Eh ben...pfff...c'est ..ouai peut-être pas assez quoi. Ça monte, ça monte, ça
 50 monte. Après, il faut aussi quand même, dans ce cas-là, je pense que j'ai fait le bon...ce
 51 qu'il fallait faire. On ne peut pas laisser tout faire. Utiliser ses émotions, oui et non quoi. Il
 52 faut quand même être en empathie et être euh.. au plus proche des émotions du patient,
 53 mais pas trop quoi, c'est une limite. (rire)

54 **Moi : (rire)Ok. Euh.. Vous connaissez l'intelligence émotionnelle ?**

55 **Jacques :** C'est... j'avoue, c'est la première fois que j'entends en tout cas ce concept-là,
 56 ces deux termes en même temps.

57 **Moi : Oui, d'accord. Euh... C'est ...Je vous explique en deux mots. C'est la capacité**
 58 **à reconnaître ses propres émotions, à en prendre conscience en fait tout de suite, à les**
 59 **comprendre et puis à les gérer, euh...mais aussi à repérer et à comprendre celles des**
 60 **autres. Voilà.**

61 **Jacques :** Bon ok

62 **Moi : On en parlait tout à l'heure. Vous n'avez pas pris conscience tout de suite**
 63 **euh... qu'il y avait cet énervement et ça vous a amené quelque part à la contention**
 64 **parce que vous n'avez pas d'autre solution.**

65 **Jacques** : Après, c'est vrai qu'il a eu un geste un peu... voilà.. d'hostilité, entre guillemets
66 quoi, qui fait qu'il a fallu le contenir parce que sinon...

67 **Moi : d'accord**

68 **Jacques** : Mais après, c'est un patient qu'on connaît, que...qui...on sait...J'avais déjà pris
69 de la distance parce que le connaissant, je savais comment il allait réagir, mais bon pfff...

70 **Moi : Et tout à l'heure, vous me parliez de l'empathie. Qu'est-ce que vous en pensez**
71 **de l'empathie justement dans le soin ?**

72 **Jacques** : Ah c'est primordial déjà. Euh...sans empathie, on ne peut pas faire du soin de
73 qualité. C'est arriver à se mettre à la place de l'autre, sans justement...sans avoir l'impact
74 émotionnel. C'est primordial, sinon on passe à côté quoi.

75 **Moi : Euh...Justement, quand on est touché émotionnellement, on peut se poser la**
76 **question de la distance. Comment vous la définissez, la juste distance ?**

77 **Jacques** : Euh...La juste distance thérapeutique, bah...c'est essayer d'être...qu'il n'y ait
78 pas trop d'asymétrie dans la relation, qu'il n'y ait pas une domination du soignant et le
79 « petit » patient vulnérable (rire). C'est réussir, euh donc, grâce à l'empathie, à se mettre
80 au même niveau que le patient, mais quand même avoir ce rôle professionnel d'aide et
81 d'accompagnement, avec nos outils professionnels, nos outils de notre formation et de
82 notre expérience. Voilà, en gardant beaucoup de respect et de disponibilité, d'écoute. C'est
83 ça, c'est la question ?

84 **Moi : Oui Oui oui, c'est ça, c'est la définir et comment vous faites pour être**
85 **justement dans la juste distance.**

86 **Jacques** : Moi c'est ça, j'essaie de me rendre vraiment à l'écoute, disponible, avec du
87 respect. Garder à l'esprit voilà que... parce qu'en psychiatrie, voilà on a de tout profil, ça
88 peut renvoyer à des choses de notre parcours à nous hein. De garder l'esprit que c'est des
89 personnes souffrantes, malades quoi et qu'il faut être disponible pour eux. Après voilà,
90 après être neutre aussi quoi, de ne pas pfff...voilà de ne pas rentrer non plus trop dans des
91 familiarités euh dans...enfin j'essaie de garder une distance assez neutre, pour ne pas
92 justement trop m'engager émotionnellement.

93 **Moi : Oui, c'est ce que vous me disiez tout à l'heure, vous voulez les émotions, pour**
94 **vous il faut rester neutre don ça vous permet...la gestion de vos émotions vous**
95 **permet la bonne distance.**

96 **Jacques** : Voilà, on va dire ça, oui.

97 **Moi : d'accord**

98 **Jacques** : C'est bien résumé.

99 **Moi : Euh...Selon vous humm..qu'est-ce qui aide à instaurer une alliance**
100 **thérapeutique avec un patient ?**

101 **Jacques :** J'ai un peu répondu, je crois, Euh..La disponibilité, le respect, l'écoute. Je pense
102 que j'ai un peu répondu dans la question d'avant, j'ai l'impression.

103 **Moi : oui**

104 **Jacques :** ah, euh Essayer de créer une relation de confiance quoi...

105 **Moi : oui voilà la relation de confiance c'est important**

106 **Jacques :** Parfois ça prend du temps, mais tout ça c'est... Non, je ne sais pas plus.

107 **Moi : Finalement, tout cela participe à la relation de soins. Pour vous, c'est quoi une**
108 **relation de soins ? Ça peut être répétitif dans vos réponses mais..**

109 **Jacques :** La relation de soins, beh ouai (rire) c'est vrai que j'ai dit déjà pas mal de choses
110 avant. La relation de soins entre un soignant et un soigné, on parle ?

111 **Moi : Oui**

112 **Jacques :** pas entre soignant ?

113 **Moi : ça a coupé (mon deuxième support de secours s'est arrêté d'enregistrer)**

114 **Jacques :** Euh.....

115 **Moi : Alors, il y a peut-être un souci**

116 **Jacques :** de mémoire ? Tu veux mettre pause ?

117 **Moi : Non, non on ne met pas pause. On va essayer de continuer comme ça, après je**
118 **vais voir ce que je pourrais faire. Euh..**

119 **Jacques :** Oui, la relation de soins entre soignant et soigné, euh...bah c'est une relation de
120 confiance, déjà. Et euh...voilà pour moi, c'est réussi quand le soin il passe, mais sans que
121 le patient ait trop conscience qu'il est fragile et que... Il faut qu'il se sente soutenu et en
122 confiance, euh...qu'il identifie bien qu'il y a un soignant, mais pas forcément se sentir
123 rabaissé ou à un statut de malade quoi. Quand il arrive à oublier son statut de malade, je
124 trouve que c'est chouette quoi, c'est gagné.

125 C'est-à-dire qu'il va prendre part, il va être plus acteur de ses soins si on se met à plus ou
126 moins la même hauteur quoi. Forcément, on est dans notre rôle de soignant, mais voilà.

127 **Moi : Ça facilite les échanges avec le patient.**

128 **Jacques :** Je pense, oui. Qu'il n'y ait pas trop d'écart quoi, pas trop d'asymétrie entre le
129 soignant et le soigné.

130 **Moi : Euh...Est-ce que l'histoire ou les valeurs du patient influencent votre**
131 **façon d'accompagner et comment ?**

132 **Jacques :** Je pense que ça influence les valeurs, le profil, la personnalité du patient.

133 C'est pas pareil de soigner... prendre soin d'un psychopathe euh... qui a ...enfin voilà qui
134 a forcément une histoire de vie de maladie qui est compliquée, que quelqu'un qui est
135 dépressif, à l'opposé, quelqu'un qui est dépressif et qui a tout perdu enfin bon... Je pense
136 que ça influence. Après, comme d'hab, il faut rester neutre et faire le soin qui est proposé.
137 Après, dans le relationnel, je pense que ça va s'adapter. Euh...le discours va s'adapter. Le
138 discours soignant sera peut-être un peu plus léger avec quelqu'un qui renvoie quelque
139 chose de négatif quoi.

140 On va peut-être plus s'impliquer avec quelqu'un qui est à l'opposé....

141 **Moi : Pour qui vous avez plus d'empathie.**

142 **Jacques** :Oui, plus d'empathie, c'est vrai, je pense hein.

143 Après, il faut rester soignant. On a toujours ça en tête que c'est la maladie. Que c'est
144 ...Dans le cas du psychopathe, il a son histoire de vie qui a fait qu'il est devenu comme ça
145 et quelque part c'est pas sa faute, mais je pense que ça influence.

146 **Moi : oui. Ok. Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

147 **Jacques** : Euh...Non...Pfff ...Non pour le questionnaire non, en-dehors de...

148 **Moi : ok (rire). Merci beaucoup.**

149 **Jacques** : De rien, j'espère qu'on entendra parce qu

Entretien 2 avec Johana

Moi : Alors bonjour, moi c'est Jessica. Mon objectif est de comprendre comment tu perçois la relation de soins et les enjeux émotionnels qui y sont liés. Euh...Je vais déjà te demander de te présenter, en me disant euh...en me racontant ton parcours professionnel et euh...depuis quand tu es infirmière.

Johana : Alors donc je m'appelle [REDACTED] je suis infirmière euh...en psychiatrie depuis mon diplôme, donc je suis diplômée depuis décembre 2003. Euh... J'ai intégré euh... de suite après mon diplôme l'hôpital de [REDACTED] j'ai d'abord travaillé 11 ans en service de resocialisation qui s'est transformée par la suite, je ne sais plus en quelle année, donc au [REDACTED] en service de soins libres. Et je suis sur le [REDACTED] donc qui était avant centre d'activité, c'est-à-dire CATTP et hôpital de jour et qui va se transformer prochainement juste en CATTP.

Moi : C'est pas le cas ?

Johana : Pas encore. Euh.. Depuis Je suis diplômée depuis décembre 2003 et on est en 2026 donc ça fait 23 ans, donc ça doit faire euh 12 ans que je suis au [REDACTED] *(En réfléchissant)* Dis- donc ça fait un paquet de temps..

Moi : D'accord, ça fait un moment effectivement. Est-ce que tu peux me raconter une situation de soins avec un patient qui t'a touché ou questionné ?

Johana : Euh...Qui m'a touché ou questionné ? Questionné émotionnellement du coup ?

Moi : Pourquoi pas ? J'essaye de ne pas trop t'aiguiller. Donc oui, qu'est-ce qui... On parle de touché ou questionné donc effectivement je pense qu'on est plus sur le côté émotion.

Johana : Alors j'ai pas de situation précise en tête mais ça m'arrive quand même quelques fois de recevoir des gens en entretien d'accueil et comme on reçoit quand même beaucoup de gens qui ont des histoires de vie terribles, ça m'arrive franchement des fois d'avoir les larmes aux yeux et de pas trop contenir euh... mes émotions.

Je dis pas que ça m'arrive tout le temps mais ça m'arrive quelquefois parce que des fois il y a des situations qui te touchent peut-être plus que d'autres ou qui peuvent peut-être faire écho euh.. à ma propre histoire ou à autre chose, bon bref, et des fois ça m'arrive d'être touchée émotionnellement. J'ai pas là de situation précise en tête mais ça m'arrive, oui.

Moi : D'accord, mais c'est pas grave, t'as pas de situation, ça va me permettre de te poser la question suivante. *(elle me fait signe pour m'interrompre)*

Johana : ah oui, j'ai une situation. Mais je crois que tu étais là d'ailleurs. Quand j'ai fait le groupe de parole une fois, il n'y avait ni [REDACTED] ni personne, j'étais toute seule, voilà, ça me revient, et il y avait ce monsieur là, [REDACTED] je sais pas si tu te souviens, qui venait sur le groupe de

34 parole, bon bref, qui avait un peu interpellé de façon très bienveillante l'ensemble des gens du
35 groupe et qui disait : »ah pourquoi tu viens ici et pourquoi toi tu viens ici .. » et à la fin, une fois
36 qu'il a fait le tour de tout le monde, il s'est adressé à moi et il m'a posé la question euh.. de
37 raconter ma vie, moi aussi.

38 **Moi : Ah, j'étais pas au courant.**

39 Johana : J'ai été extrêmement surprise qu'il me pose ce genre de questions parce que c'était pas
40 le sujet en fait. Moi je suis là pour accompagner les gens et du coup, comme tout le monde
41 racontait des histoires horribles, et bah...euh.. moi j'ai pas d'histoires horribles à raconter, tant
42 mieux pour moi, mais je me suis sentie extrêmement privilégiée d'avoir eu la chance d'avoir
43 euh.. et bah l'enfance et la famille voilà qui m'entoure et du coup j'ai été submergée par l'émotion
44 de me dire que bah oui que moi j'avais de la chance par rapport aux autres et alors j'ai pas
45 pleuré mais je pense que je suis devenue toute rouge et j'ai eu vraiment les larmes aux yeux et
46 je pense qu'ils l'ont vu et je me suis excusée par la suite parce que je trouve que c'était pas peut-
47 être la bonne attitude en tout cas à avoir en groupe, je dis pas seul à seul avec un patient mais en
48 tout cas au nom du groupe et finalement je me dis c'est pas grave on est des êtres humains et on
49 a des émotions et voilà c'est comme ça c'est la vie.

50 **Moi : Ok très bien, très intéressante ton histoire.**

51 Johana : Merci Jessica. (*rire*)

52 **Moi : Et penses-tu, du coup ça m'amène à cette question, penses-tu que la gestion des**
53 **émotions du soignant est importante ?**

54 Johana : Euh...Oui et non, bah je dirais oui on doit gérer nos émotions parce qu'il faut qu'on
55 reste à notre place de professionnels mais en même temps les émotions ça fait partie de ce qu'on
56 est, de l'être humain et moi j'ai pas de problème euh... avec ça.

57 Enfin Voilà nous on est toujours en train de questionner les patients et de dire il faut que ça
58 sorte, il faut que ça sorte et bah nous aussi on est des êtres humains et on a le droit aussi de
59 ressentir des choses et et on parle d'empathie, de se mettre à la place de l'autre et bah je crois
60 que c'est vraiment se mettre à la place de l'autre que de voir ressentir des émotions. De toute
61 façon je ne, moi je suis quand même, je pense quelqu'un quand même de sensible et bah si ça
62 vient à ce moment là c'est que ça doit venir et puis c'est tout.

63 **Moi : D'accord donc toi en tant que soignante tu t'en sers de ces émotions là ?**

64 Johana : Oui. (blanc) Je développe ? (*rire*)

65 **Moi : Si tu veux, tu peux développer.**

66 Johana : Et bah oui je trouve qu'on est des êtres humains et on ressent des émotions
67 donc euh...pourquoi pas. Enfin en tout cas je trouve que...alors ça dépend avec qui aussi c'est

68 toujours pareil mais et puis les patients qui viennent ils nous connaissent bien, des fois il y en a
69 qui disent ça va pas, aujourd'hui ça va pas, mais on dit oui oui oui oui.

70 **Moi : Mais tu t'en sers pas forcément de ces émotions avec les patients.**

71 Johana : Ça dépend pourquoi. Si c'est mes émotions personnelles parce que moi je suis pas bien
72 dans ma vie personnelle je vais pas forcément, euh...je m'égare là ou pas ?

73 **Moi : Non pas du tout.**

74 Johana : Là par exemple je vais te le dire Jessica euh... j'ai reçu la réponse pour mon fils pour
75 le lycée [REDACTED] comme quoi il n'est pas retenu.

76 D'accord donc ça me contrarie et tout à l'heure j'ai reçu [REDACTED] pour faire des papiers, machin
77 tout ça, elle a vu que j'étais pas comme d'habitude alors je lui ai rien dit parce que je pense que
78 si j'en parle je vais pas être très bien et voilà mais par contre, ça va je... ?

79 **Moi : Oui oui alors là moi je peux pas t'aiguiller mais je pense que quand on parle de se**
80 **servir de ses émotions c'est par rapport à à ce que le patient te renvoie plus que sur ta vie**
81 **personnelle.**

82 Johana : D'accord Alors du coup est-ce que je me sers de mes émotions euh..?

83 **Moi : Dans ta relation avec le patient par rapport à ce qu'il te renvoie ?**

84 Johana : Oui

85 **Moi : C'est pas évident.**

86 Johana : Non c'est pas évident parce que par exemple alors je vais sortir du contexte émotions,
87 on pleure machin, quelqu'un qui est énervé a contrario il faut être calme et posé pour essayer
88 d'apaiser les choses.

89 **Moi : Voilà Oui c'est ça ?**

90 Johana : Voilà. Par exemple ? Bah voilà par exemple (*rires*)

91 **Moi : Merci (rires) Est-ce que tu connais le concept de l'intelligence émotionnelle ?**

92 Johana : Et non j'ai lu ta question tout à l'heure non

93 **Moi : alors en résumé vraiment en deux mots c'est la capacité à reconnaître tes propres**
94 **émotions, à prendre conscience tout de suite tu sais de cette de cette chimie qui se passe,**
95 **qui arrive dans ton corps, tu la reconnais tout de suite et savoir y mettre des mots parce**
96 **qu'on a tendance à mettre des mots simples sur nos émotions alors qu'il en existe**
97 **énormément, ça permet de les comprendre et euh.. et donc de les gérer, quelque part**
98 **j'aime pas ce verbe mais ça permet de les gérer et ça permet aussi de repérer et de**
99 **comprendre celles des autres, des patients.**

100 Johana : D'accord ok Oui savoir mettre la bonne émotion pas dire il est en colère, on développe
101 un peu plus et on met le bon terme

102 **Moi : Pourquoi ? à quel moment ça arrivait ? Tout à l'heure tu me parlais de l'empathie**
103 **donc que penses-tu de ce concept dans le soin ?**

104 Johana : Bah je trouve que c'est primordial dans notre rôle de soignants sans empathie je suis
105 pas sûr qu'on puisse aider correctement les gens. (*blanc*) faut que Je développe ? (*rires*)

106 **Moi : Et l'émotion en fait elle est liée à la notion d'empathie ?**

107 Johana : Oui tout à fait oui et je pense que, je veux pas me la péter, je pense que je suis quelqu'un
108 de très empathique (*rires*)

109 **Moi : J'ai pu le voir effectivement (rires) Oui ça implique de pouvoir percevoir et**
110 **comprendre ce que ressent le patient, l'empathie**

111 Johana : oui

112 **Moi : Donc toi tu t'en sers en fait de ça, tu es empathique, tu t'en sers ?**

113 Johana : Bah je le fais sans m'en rendre compte je pense en fait maintenant que j'y ai
114 réfléchi. c'est pas calculé en fait enfin..

115 **Moi : Oui t'es naturellement empathique**

116 Johana : Bah ouais je crois (*rires*) Alors pas avec tout le monde hein, de toute façon on peut pas
117 s'entendre avec tout le monde hein mais c'est ce qui fait aussi la richesse d'une équipe, des fois
118 ça matche pas

119 **Moi : C'est quoi pour toi l'empathie ?**

120 Johana : Ah bah c'est comprendre la situation de la personne et me mettre à sa place

121 **Moi : D'accord Mais en faisant attention à quoi par exemple, est-ce que tu te mets à la**
122 **place des autres, ça veut dire que tu ressens tout leur euh.. leur mal-être aussi ?**

123 Johana : Oui Bah je sais pas ça va être les conseillers sans jugement par exemple euh... Alors
124 même si j'ai pas vécu des situations similaires à ce que peuvent vivre les gens qu'on reçoit mais
125 c'est en tout cas euh.. comprendre leur mal-être puisque c'est principalement pour ça qu'ils nous
126 sont adressés

127 **Moi : D'accord Quand on est touché émotionnellement on peut se poser la question de la**
128 **distance ?**

129 Johana : Oui

130 **Moi : Donc est-ce que..., comment tu définirais la distance, la juste distance ?**

131 Johana : La distance thérapeutique ? Alors je trouve que c'est un peu compliqué euh Pour nous
132 soignants . euh Le bémol que je vais mettre c'est que déjà bon on travaille en psychiatrie et en
133 plus ici au [REDACTED] on a des prises en charge longues avec des patients quand même qu'on connaît
134 bien. Donc la distance thérapeutique, bon déjà c'est le vouvoiement déjà ça met une distance à

135 mon avis, moi pour moi garder la blouse ça met une distance aussi euh.. C'est quoi déjà ta
136 question ?

137 **Moi : Qu'est-ce que c'est la distance thérapeutique ?**

138 Johana : Être ni dans le trop proche ni dans le pas assez et rester dans mon rôle
139 de professionnelle pour pouvoir donner les bons conseils euh...je me rends compte que c'est
140 compliqué parce que quand on est dans l'émotion des fois dans le trop d'émotion c'est compliqué
141 de pouvoir donner les bons conseils aussi. (*se pose la question à elle-même*) Alors est-ce que je
142 respecte la juste distance thérapeutique ? (*d'un air intéressé*) Tu m'interroges Jessica ? (*rires*)

143 **Moi : Tu pourras y réfléchir (*rires*) Donc toi comment tu fais pour être dans cette juste**
144 **distance ?**

145 Johana : euh...J'espère que tu m'entendras. Bah comme je te disais j'essaie de garder le
146 vouvoiement en tout cas avec la plupart des patients, après c'est vrai quand on est des patients
147 un peu déficitaire des fois j'ai tendance un peu à les tutoyer mais j'essaie de garder le « vous » Je
148 sais pas si c'est ça qu'il faut que je réponde... et puis d'accueillir avec le plus de
149 bienveillance possible sans jugement sur ce qu'on peut me rapporter.

150 **Moi : humm et Justement est-ce que la gestion de tes émotions te permet la juste la bonne**
151 **distance ? Déjà si tu les gères**

152 Johana : (blanc) Je sais pas Je sais pas.

153 **Moi : C'est vrai qu'ici j'ai remarqué que vous étiez quand même une équipe très**
154 **spontanée sans...vous calculez rien en fait, tout...tout se fait naturellement**

155 Johana : Encore une fois je vais revenir sur le fait qu'on reçoit des patients sur le long terme
156 et ...Et c'est difficile.. Est-ce que c'est la bonne distance thérapeutique ? Je sais pas parce que
157 à la fois quand on est.. je sais bien que les patients ce ne sont pas mes amis je ne les vois pas à
158 l'extérieur et tout ça... mais je trouve que pour que le patient se confie à toi sur des choses
159 parfois très personnelles qui peut ne jamais avoir dit à d'autres personnes il faut quand même
160 qu'il y ait une certaine proximité euh.. Moi j'ai ...J'ai l'impression quand même de garder la
161 bonne distance thérapeutique tout en étant proche de mes patients malgré tout C'est ça la
162 réponse ?enfin.. Excuse-moi, est-ce que tu peux me redire ta question pour que j'essaie de
163 répondre ?

164 **Moi : La question c'était est-ce que la gestion de tes émotions te permettait la bonne**
165 **distance ?**

166 Johana : Bah moi je trouve que même des fois, si parfois je peux me laisser un peu déborder
167 par mes émotions je trouve que c'est pas une faute professionnelle pour moi que de montrer
168 aux patients bah que nous aussi des fois on peut être débordé parce qu'on peut ressentir aussi et

169 pour moi je trouve que c'est même euh...Je sais pas si je me contredis pas mais presque une
170 preuve de.. De Professionnalisme, enfin...enfin en tout cas qu'ils se sentent compris et que et
171 que encore encore une fois que je les juge pas et que je peux accueillir ce qu'ils me disent avec
172 le plus de justesse possible. Parce qu'encore une fois ils ont des histoires tellement horribles des
173 fois tu.. c'est compliqué quoi hein...de rester à notre place de professionnel

174 **Moi : Oui Oui c'est très bien**

175 Johana : (rires) y'a pas de bonne et de mauvaise réponse

176 **Moi : C'est très bien non exactement. Selon toi qu'est-ce qui t'aide à instaurer une alliance**
177 **thérapeutique avec le patient**

178 Johana : bah moi je trouve que c'est justement cette proximité qu'on peut avoir. Encore une
179 fois c'est difficile pour moi d'arrêter de fumer parce que je trouve aussi qu'il se passe beaucoup
180 de choses quand on va fumer une cigarette par exemple qu'il y a un patient qui est pas bien et
181 que j'ai l'excuse d'aller fumer oui franchement je trouve que c'est super des fois d'aller fumer
182 avec un patient qui est pas bien on a l'excuse machin et il peut se confier peut-être un peu plus.
183 Euh... Excuse-moi redis-moi ta question des fois je me perds dans mes réponses j'ai
184 l'impression.(rires)

185 **Moi : C'était très bien. selon toi qu'est-ce qui t'aide à instaurer une alliance thérapeutique**
186 **avec un patient**

187 Johana : Voilà, Moi je trouve que c'est cette proximité déjà de bien connaître le dossier du
188 patient de pas tout le temps lui demander « excusez-moi mais rappelez-moi un peu votre
189 histoire machin » donc du coup bien connaître mon dossier bien connaître mon
190 patient euh...pour pouvoir euh.. bah lui donner les réponses qui peuvent le mieux l'aider en
191 tout cas à aller vers un mieux

192 **Moi : finalement tout ça se participe à la relation de soins. C'est quoi une relation de soins**
193 **pour toi ?**

194 Johana : (Silence) C'est quoi une relation de soins ? C'est difficile la question.

195 **Moi : C'est un peu vaste**

196 Johana : Une relation de soins euh...Je m'excuse là gros blanc (rires)

197 **Moi : Par exemple tu accueilles une nouvelle personne comment tu fais pour pour entrer**
198 **en relation avec**

199 Johana : Alors bah déjà j'ai préparé mon dossier Suivant le dossier que j'ai préparé soit je leur
200 dis que j'ai déjà lu parce que comme c'est des histoires très lourdes je n'ose pas des fois leur
201 demander de répéter qu'elles ont été abusées machin tout ça donc je leur dis que j'ai que j'ai déjà
202 lu le dossier et je leur demande des petites précisions sur certains trucs ce qui fait que comme

203 j'essaie d'être hyper accueillante et hyper bienveillante les patients des fois peuvent se confier
 204 un petit peu plus et j'essaie de prendre le temps de recevoir les gens même si c'est trois quarts
 205 d'heure une heure et bien qu'il faut prendre ce temps voilà de ne pas être expéditive de voir que
 206 je suis là disposée pour eux pendant ce temps euh... J'essaie de ne pas être trop intrusive pour
 207 un premier contact euh... Et j'essaie de leur expliquer au mieux par exemple les activités qui
 208 pourraient leur convenir euh bah pour tenter d'améliorer les symptômes qui les handicapent

209 **Moi : Et après tu fais la même chose tout au long de la prise en charge du patient ?**

210 Johana : Oui quand ils arrivent, déjà nous on les appelle par les prénoms donc je trouve que
 211 c'est déjà... j'allais dire un peu plus familier mais en tout cas un peu plus accueillant plutôt et
 212 puis oui leur demander des nouvelles mais il faut savoir aussi recadrer les choses euh...quand il
 213 y en a besoin et c'est ça aussi finalement qui fait partie de la relation de soins tu vois c'est
 214 bien, parce que c'est bien d'être accueillant et bienveillant mais des fois quand il faut recadrer
 215 les choses je crois qu'il faut pas hésiter à le faire.

216 **Moi : Est-ce que l'histoire donc on en a parlé tout à l'heure donc l'histoire et les valeurs**
 217 **des patients influencent ta façon de les accompagner**

218 Johana :Oui

219 **Moi :Comment?**

220 Joahan : (rires) Merde (rires) Ben euh pfff.. On va pas recevoir quelqu'un qui se présente avec
 221 des traumatismes d'abus sexuels euh ...C'est pas bien hein... que quelqu'un qui en a été l'auteur
 222 par exemple.. ça c'est pas bien ça c'est du jugement de valeur c'est pas bien et des fois on se dit
 223 c'est pas bien. Mais on est des êtres humains (rires)

224 **Moi : Oui oui C'est anonyme**

225 Johana : rappelle moi ta question Jessica je suis désolée..

226 **Moi : est-ce que l'histoire ou les valeurs du patient influencent la façon de l'accompagner**
 227 **et comment?**

228 Johana : (blanc) Je vais essayer de donner la réponse euh la plus juste possible/ Oui ça influence
 229 (rires) Je sais pas comment te dire Est-ce que tu peux m'aider?

230 **Moi : Là j'ai pas forcément besoin de t'aiguiller c'est juste toi comment tu fais**
 231 **pour... Comment tu réagis avec ces différentes personnes qu'est ce qui est différent en**
 232 **fait?**

233 Johana : Alors je vais reparler du premier accueil mais la jeune fille que j'ai reçu tout à l'heure
 234 malgré ce qui lui est arrivé j'ai trouvé qu'elle était pas trop timide que le contact passait
 235 bien euh...Voilà donc je me suis permis. J'aime bien faire des petites blagues par exemple
 236 pour qu'ils se sentent à l'aise si je sens que le courant passe bien après quelqu'un qui arrive et

237 qui est très fermé bah je vais être beaucoup moins euh... j'ai beaucoup moins les questionner
238 parce que je me dis qu'il faut prendre le temps de se connaître voilà ce genre de choses après
239 encore une fois le feeling passe pas toujours avec tout le monde Et euh... On a un peu
240 chacun...J'allais dire nos préférences c'est peut-être pas le mot adapté mais euh...Le lien qui se
241 fait plus facilement avec d'autres personnes que d'autres et encore une fois c'est la richesse de
242 l'équipe de se dire oh là là elle franchement je peux pas je passe la main parce que je suis
243 pas apte à écouter encore ce qu'elle va me dire par exemple. voilà ce qui fait aussi la richesse de
244 l'équipe de pouvoir accueillir les patients voilà de se refiler un petit peu le bébé quand on se
245 sent pas apte d'avoir les bons mots pour la bonne personne
246 **Moi : Souhaites-tu ajouter quelque chose ?**
247 Johana : Tu me manques Jessica !! Non j'espère avoir répondu au mieux à tes questions et que
248 ça t'aura aidé
249 **Moi : Oui oui je te remercie**

Entretien 3 avec Bonita

Moi : Alors je me présente, je suis Jessica, je suis étudiante infirmière en troisième année et mon objectif est de comprendre comment vous percevez la relation de soins et les enjeux émotionnels qui y sont liés. Donc je vais vous demander de vous présenter, savoir quel est votre parcours professionnel et depuis quand vous êtes infirmière.

Bonita : Alors moi je m'appelle [REDACTED] je suis infirmière sur [REDACTED] depuis 2007.

Euh.. Dans mon parcours, j'ai été longtemps en accueil crise fermée pendant... 13 ans et après du coup aux urgences depuis 5 ans et demi.

Moi : D'accord, donc vous avez fait deux services.

Bonita : Oui.

Moi : Ok. Ok. Est-ce que vous pouvez me raconter euh..., vous aviez fini ?

Bonita : Oui.

Moi : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation de soins avec un patient qui vous a touché ou questionné ?

Bonita : Alors, bah justement il y a une situation qui date d'hier, donc qui est toute fraîche, qui peut enfin j'y pense euh... toucher le soignant dans ce qu'il est euh...de son histoire, qui peut entraîner peut-être des jugements par rapport au patient en face de nous. Euh...Je vous présente la situation ?

Moi : oui

Bonita : Du coup on est appelé par le médecin pour quelqu'un qui est hospitalisé en médecine. Pour euh.., il y a plusieurs... en fait le médecin cherche un peu la cause, ce qui se passe pour ce patient. Il n'a pas identifié encore ce qui lui est arrivé, mais il a des plaques rouges qui sont apparues, euh...un peu grosses plaques sur tout le corps, des yeux injectés de sang, il y a l'hyperthermie, euh...une toux vraiment très importante. Et il se trouve que ce patient a aussi un traitement psy, euh...où il a un problème de toue. Donc il était sous antidépresseur depuis plus d'un an, anxiolytique, et donc il y a une semaine il y avait eu un changement d'antidépresseur.

Euh...Donc ils nous demandent de venir évaluer au niveau de l'anxiété, et la spécificité d'antidépresseur, c'est-à-dire qu'avant il était sous Brintellix, et il avait un psychiatre qui l'a mis sous Prozac. Nous, en discutant avec notre psychiatre euh.., il s'est avéré que le Prozac, en effet secondaire, ça pouvait donner des plaques... Donc le Prozac avait été arrêté par le médecin, euh...de là à dire que c'était juste à cause du Prozac, peut-être pas, parce qu'il y avait vraiment d'autres signes cliniques, enfin non, son état, il y avait d'autres choses. Il est toujours en cours d'exploration.

34 Euh... on va voir ce patient, qu'il nous explique un peu ce qui lui arrive, son parcours un peu
35 de soins au niveau psy, les tocs qu'il peut avoir, et on voit qu'il y a... qu'il s'est passé un
36 événement, enfin qu'il y a quelque chose qui veut pas nous en parler au début, mais qu'il le met
37 à mal quoi, et qu'il veut pas nous en parler parce qu'il dit, il arrive à dire, qu'il a honte, en fait.
38 Sur le coup, on cherche pas trop à gratter enfin..., pour pas être un peu dans le... vouloir
39 absolument lui faire cracher le morceau, pas être trop intrusif, donc on dit bon, vous voulez pas
40 en parler, on respecte votre choix. On part sur autre chose dans l'entretien, et puis après, le sujet
41 se repose, on y revient, donc on se dit peut-être qu'au bout, d'un moment, il est peut-être un peu
42 plus en confiance, donc il se permet un peu de lâcher un peu plus d'informations. Et du coup,
43 euh...donc il nous explique qu'au niveau de ses tocs, en fait, il a plus des phobies d'impulsion,
44 où il a peur de passer à l'acte, d'être agressif euh..., par exemple, envers ses parents qui sont
45 venus chez lui, il aurait dit : « quand mes parents viennent, je prends mes couteaux de cuisine,
46 je tourne le sens pour pas qu'il soit accessible. »
47 Un truc comme ça, qu'il met en place au quotidien, ou quand il y a un objet pointu dirigé vers
48 quelqu'un...
49 **Moi : Oui, il veut l'enlever de...**
50 Bonita : Il l'enlève, il supporte pas, parce qu'au cas où, s'il passait à l'acte, voilà. Et il nous
51 explique qu'il avait un chaton, et qu'il y a trois semaines, il était en train de laver son chaton.
52 Chaton qui avait la teigne.
53 **Moi : D'accord.**
54 Bonita : Donc il nous dit ça.
55 Et en fait, le chat l'a mordu, et son réflexe au moment où le chat l'a mordu, ça a été de prendre
56 le chaton, et il l'a envoyé contre le mur. Soit. Le truc, enfin la suite, c'est qu'il nous explique,
57 dans son truc de toc comme ça, que son cerveau... Le fait d'être passé à l'acte quelque part sur
58 le chat, dans son cerveau, ça lui a fait un... Je sais plus quel terme il a employé exactement,
59 mais ça l'a fait vriller, il y a quelque chose qui a bugué.
60 Et en fait, il s'est senti obligé de prendre le chat, et de le relancer contre le mur. Cinq, six fois.
61 **Moi : Ah oui, d'accord.**
62 Bonita : Voilà. Dans un truc de toc où il n'a pas pu s'empêcher, en nous expliquant, de reprendre
63 le chat, et de le renvoyer contre le mur. Et du coup, suite à ça, il a quand même amené le chat
64 chez le vétérinaire.
65 Le vétérinaire a fait un signalement pour maltraitance. Donc il a été auditionné euh... par les
66 forces de l'ordre, et il s'en est suivi aussi une expertise psychiatrique. Et là, il était... Hier, il était
67 toujours en attente de l'expertise.

68 **Moi : D'accord**

69 Bonita : Donc, c'est de là qu'il y avait un peu la majoration de l'anxiété. Nous, du coup, ce qu'il
70 nous a demandé, c'est de ne pas le répéter au médecin bah de peur que ça se sache, et que les
71 gens soient un peu dans le jugement par rapport à ce qu'il avait fait. Ça peut se comprendre
72 quoi.

73 **Moi : oui oui oui**

74 Bonita : Donc, nous, ce qu'on a vu quand même, ce qui était important, on s'est dit, tiens, il est
75 là enfin, pour quelque chose. Il y a peut-être une problématique infectieuse. Il s'est fait mordre
76 par le chat qui avait la teigne. Donc, peut-être qu'on s'est dit, mince, est-ce que son état peut
77 avoir un rapport avec la morsure du chat ?

78 **Moi : son état de... les plaques..**

79 Bonita : Son état somatique, voilà. On s'est dit, ben, sans trop avoir. Donc, on s'est mis d'accord
80 avec lui, quand même, pour dire, bah ok, on n'en parle pas dans les détails au médecin. Mais
81 est-ce qu'on peut juste dire qu'il y a eu cette morsure ? Pour...bah si ça peut expliquer votre état
82 ? Donc, il a été d'accord avec ça.

83 Bon, après, en parlant au médecin, le médecin ne pense pas que ça soit la morsure qui ait pu
84 déclencher ça. Mais bon, ça a été...voilà c'est un peu chercher les infos pour... parce que dans
85 les cas où il y a une problématique somatique et psychiatrique associée. Des fois, il y a un peu
86 tout qui s'emmêle et c'est difficile de faire un peu la part des choses.

87 Donc, oui, cette situation, je pense qu'elle touche... (parlant d'un de mes supports) Ça marche ?

88 **Moi : Celui-là, non, mais celui-là, oui.**

89 Bonita : Oui, elle touche, parce que c'est des propos voilà euh.. qui peuvent être difficiles à
90 entendre, dans les termes de maltraitance animale, où on se dit... Voilà, on imagine le pauvre
91 chaton qui va se faire envoyer contre le mur. Donc, c'est important de rester neutre.

92 Et justement, de ne pas... Lui, il se confie, déjà, il a honte, il arrive à lâcher un peu ses infos. Si
93 on lui renvoie, bah justement, du jugement, ou qu'on est choqué, qu'on n'est pas en capacité
94 d'entendre ce qu'il dit, derrière, il va se fermer et puis il n'y aura plus de contact, il n'y aura plus
95 de relation. C'était un peu l'enjeu euh...à ce moment-là quoi.

96 **Moi : Et euh...donc, que pensez-vous de la gestion des émotions du soignant ? Est-ce
97 qu'elle est importante pour vous ?**

98 Bonita : Oui, oui je pense que c'est primordial, dans ce cas-là, de ne pas être dans le ... de ne
99 pas être choqué, ou d'être dans le jugement, ou même d'être... d'autres situations complètement
100 différentes, où il va y avoir des patients en état d'agitation, où je pense qu'on ressent de la peur,
101 qu'on n'arrive pas à gérer, et que le patient voit qu'on est déstabilisé, ça peut...il peut peut-être

102 en jouer aussi, ça ne va pas aider euh...voilà. Il faut arriver à renvoyer à l'autre qu'on est...
103 qu'on est solide, qu'on est là et qu'on est en capacité de s'occuper de lui, de la situation, et qu'on
104 ne se laisse pas submerger par euh...tout ce qui est propre à notre histoire.

105 **Moi : Huum, donc, pour vous, le soignant, est-ce qu'il doit se servir de ses émotions, dans**
106 **la relation de soins ?**

107 Bonita : Bah Je pense qu'on ... s'en servir oui, dans le sens euh... où le patient va toujours nous
108 renvoyer euh quelque chose, dans son histoire, qui peut des fois se euh.. faire écho à l'histoire
109 du soignant aussi. Ça, je pense que ça arrive toujours, et ce n'est pas grave. L'important, c'est
110 de se connaître suffisamment pour arriver à identifier ce que ça renvoie chez nous, parce qu'il
111 ne faut pas que l'histoire du patient se confonde avec notre propre histoire.

112 Et tout ça, après, bah il y a tout ce qui est transfert, contre-transfert, tous ces concepts-là oui qui
113 sont importants. Donc, oui, les émotions du soignant, enfin...elles sont là. Après, il faut savoir
114 quoi en faire. C'est ça qui est important donc.

115 **Moi : vous connaissez l'intelligence émotionnelle ?**

116 Bonita : Alors ma connaissance, oui, dans la capacité à identifier ce qu'on ressent. C'est ça ?

117 **Moi : Oui, c'est d'abord chimique. On sent cette émotion qui arrive. Après, savoir y mettre**
118 **des mots en cherchant plus que les mots basiques pour pouvoir vraiment les exprimer, les**
119 **comprendre, à quel moment elles arrivent, pourquoi. Et comme vous disiez tout à l'heure,**
120 **apprendre à se connaître et forcément être apte à reconnaître les émotions de la personne**
121 **qu'on a en face.**

122 Bonita : Après, tout ça, on le fait beaucoup en équipe. Après les entretiens, quand on est amené
123 à avoir un entretien qui peut, qui peut remuer hein, qui peut...où on ne se sent pas forcément à
124 l'aise, ça peut arriver. C'est important derrière de débriefer en équipe un petit peu euh...pour
125 mettre des mots sur ce qu'on a ressenti au moment de l'entretien et puis pour un peu mettre de
126 la distance émotionnelle justement grâce aux collègues pour, en parlant, un petit peu...pas pour
127 diluer l'émotionnel, mais un peu pour...enfin... aux urgences on peut être amené à avoir des
128 situations aussi en post-trauma.

129 Il peut y avoir des situations qui peuvent être euh...compliquées à accueillir. Moi, je n'ai jamais
130 été confrontée, enfin les situations de post-trauma auxquelles j'ai été confrontée aux urgences,
131 c'est pas des situations qui font écho à mon histoire de vie. J'ai plus souvent tombé sur des
132 accidents de la route où des personnes avaient tué quelqu'un en face. Enfin...voilà ce qui fait
133 voilà, bon que ça ne me touche pas, heureusement, je n'en ai pas dans ma vie personnelle. Mais
134 il peut y avoir, enfin.. des situations de post-trauma avec des décès d'enfants, par exemple. Je
135 me dis, ouais il y a un enfant, si demain je suis appelée aux urgences pour voir des parents qui

136 viennent de perdre leur enfant, forcément, ça va faire écho enfin je vais voilà...ça va faire écho
137 à ma vie familiale.

138 Et ça, je pense qu'on reste des êtres humains, et donc on est obligés de faire avec nos histoires.
139 Mais je pense que ce sera important de ne pas s'engluier, enfin il faut rester professionnel pour
140 pouvoir euh...soigner la personne en face, l'aider. Et justement, je pense que discuter après,
141 après coup de ces situations-là, ça aide à prendre de la distance aussi, même faire les
142 transmissions écrites, d'écrire, c'est mettre des mots aussi sur tout. voilà
143 Ça aide à gérer au niveau émotionnel les situations qu'on peut..des histoires de vie qu'on peut
144 entendre longueur de journée.

145 **Moi : D'accord, huum pensez-vous de l'empathie dans le soin ?**

146 Bonita : (*silence*)Alors, dans la définition qu'il y en ait, oui, c'est sûr que enfin l'empathie, c'est
147 hmm percevoir, arriver à... à voir ... comment l'autre se sent. Ça passe par, je pense, par
148 l'observation clinique.

149 Ça peut être dans la gestuelle, la manière de se positionner dans tout, la manière de parler, la
150 manière de ne pas parler ou ... tout qui peut être un indice sur comment la personne se sent, ou
151 des patients qui vont être envahis par l'angoisse, ou qui vont être tendus, qui vont avoir les
152 poings serrés ou te dit bon là c'est....c'est pas....Voilà c'est, ça peut peut-être partir au quart
153 de tour, tu t'adaptes par rapport à l'état de la personne en face.

154 C'est vraiment rester sur la clinique, vraiment l'observation, pour pouvoir voir où la personne
155 se situe par rapport à ses émotions.

156 **Moi : D'accord donc pour vous, l'empathie, c'est observer ? Observer le patient seulement**
157 **?**

158 **Bonita** : Comprendre, après, pas ressentir. Je pense qu'on ne peut pas ressentir exactement la
159 même chose, parce qu'on n'est pas à la place du patient, on n'a pas son histoire de vie, on n'est
160 pas ...voilà.

161 C'est juste qu'on peut imaginer, essayer de se faire une idée de la souffrance de l'autre.

162 **Moi : D'accord, ok hmmm, Quand on est touché émotionnellement, même si on prend de**
163 **la distance...on peut se poser justement cette question de distance. Euh...Comment vous**
164 **définissez-vous la juste distance dans le soin ?**

165 Bonita : Je pense que la juste distance, c'est de rester à sa place de professionnel, avec le bagage
166 professionnel qu'on a. C'est-à-dire, je pars vraiment enfin sur la clinique, sur la connaissance
167 clinique. Et C'est ça nous qu'on cherche, un peu dans un recueil de données, à isoler et dire,
168 qu'est-ce que la personne présente comme signe, vraiment aujourd'hui ? C'est ça que je
169 recherche, que je veux savoir, pour pouvoir bah voir derrière, qu'est-ce qui est le mieux adapté

170 pour elle. Parce que la distance, je me dis euh... Je ne sais pas si demain je suis amenée à
171 consulter un professionnel euh...pour des problèmes psychologiques. Si j'arrive en face de
172 quelqu'un qui va se mettre à pleurer avec moi, je vais me dire, merde, enfin ce n'est pas ça que
173 j'attends.

174 Il faut pouvoir montrer qu'on est en capacité d'entendre euh....même des fois, les choses durent.
175 Souvent, on peut le dire au patient. Ici, vous pouvez tout dire, on peut tout entendre. Au
176 contraire, c'est plus le patient arrivera à être en confiance et à voir qu'on tient le coup en face,
177 qu'il s'autorisera à se livrer.

178 **Moi : Pour vous, il y a vraiment cette notion de solidité dans la relation.**

179 Bonita : Oui, une solidité qui passe par une connaissance clinique justement importante.

180 **Moi : Euh...Donc vous, vous faites comment pour être dans la juste distance ?**

181 Bonita : et bah dans l'analyse, on est au clair par rapport à ne pas être dans le jugement, de pas
182 montrer qu'on peut être choquée ou touchée enfin.... C'est dans la manière, je pense, de recevoir
183 ce que le patient peut dire.

184 Ou même, je pense, même dans notre gestuel à nous, de pas être dans quelque chose où on va
185 dire, oh là là ! De ne pas lui montrer qu'en tant que personne, comme le patient hier, quand il
186 nous a parlé du chaton, on ne s'est pas fermé, enfin on ne l'a pas jugé. Et je pense que c'est ça
187 qui l'a aidé à bon bah à continuer à parler après et continuer à se livrer. Parce que notre objectif,
188 c'était de pouvoir euh ... analyser la situation, récolter des infos.

189 Et c'est comme ça qu'on peut aider plus. Tandis que si on est dans le jugement, on n'est pas, pas
190 dans le soin.

191 **Moi : Oui, je comprends. J'ai plein de questions qui me viennent, mais pas celles-là. Mais**
192 **oui, finalement, ça me fait réfléchir sur beaucoup de choses. Hmmm La gestion de vos**
193 **émotions, elle vous permet cette bonne distance ? Finalement ? Pour rester neutre,**
194 **euh...vous arrivez à rester neutre ?**

195 Bonita : C'est ça, de rester neutre. Pour permettre un peu d'offrir la même qualité de soin à tout
196 le monde quelque part

197 Ne pas se dire, lui, ça a l'air d'être un sale type...donc on va...voilà faut pas tomber là-dedans

198 **Moi : Et ça, c'est un travail que vous avez fait au fur et à mesure de de votre...vos**
199 **expériences ? Parce que ça vous est venu naturellement ?**

200 Bonita : On ne saurait pas..., Enfin ça demande euh.. Oui, du recul, un recul suffisant.

201 Je pense que de toute façon, au fur et à mesure des années, ça s'affine quand même. Et...enfin
202 je pensais à un autre patient qui peut amener...qui nous a amené beaucoup de rejets quand on
203 l'a vu en entretien avec ma collègue, c'était un patient qui sortait de prison pour violences

204 conjugales et qui avait toujours été un peu dans le déni de ce qu'il avait fait. Et qui nous a
205 clairement dit enfin en entretien, en plus, il a eu une position enfin nous, on était deux femmes
206 à le recevoir en entretien. puis il se posait un peu comme l'homme imposant. Enfin avec un
207 gabarit quand même imposant. On ne sait pas ce qui peut se jouer aussi dans la relation. Ça
208 aussi, c'est bien d'en être conscient. Des fois, le patient peut s'adapter aux soignants qu'il a en
209 face de lui. Enfin il aurait euh... Après, il a été vu par le médecin psychiatre, qui est un homme
210 plus âgé. Il n'avait pas le même euh...enfin il n'y avait pas les mêmes enjeux, il essayait pas,
211 enfin nous, il a plus essayé de nous intimider. Ou peut-être de faire valoir un truc de position
212 euh dominant Et nous, un peu inférieure. Où il nous disait clairement : « de toute façon, la
213 personne concernée a eu qu'un jour d'ITT. C'est pas ça, frapper quelqu'un. Si j'aurais vraiment
214 voulu la mettre minable, elle aurait eu 8 jours d'ITT. On cogne un bon coup. » Enfin et
215 c'est...voilà nous, bah on a, enfin bah on a su rester... On entend ce qu'il dit. Après, sur le
216 moment, bah on ne dit pas... « Ah non quand même euh... ce que vous dites... » Enfin, ce
217 qu'on lui a renvoyé, c'était que... De ce qu'il parlait, par rapport de de différencier le côté...
218 euh.. « Ça, c'est du judiciaire. C'est des choses dont vous avez à rendre compte euh.. vis-à-vis
219 de la loi. » Là, on est, je recadre un peu, dans un cadre de soins. Parce qu'il venait demander de
220 l'aide. Parce qu'il se sentait déprimé. Donc, on recentre sur le soin. Justement, la clinique.
221 Quelles sont vos difficultés ? Qu'est-ce que vous ressentez ? Et c'est important de dire bah... Par
222 rapport aux difficultés, on peut vous proposer... Telle prise en charge, vous renvoyer sur telle
223 personne... bah là ça a été proposé à un rendez-vous avec le médecin.
224 Parce qu'on garde à l'esprit... Il peut être euh violent. Ça peut être un psychopathe. Ça ne
225 l'empêche pas d'être malade et d'être déprimé.
226 Il a le droit d'avoir des soins pour sa dépression donc il faut rester, arriver à rester à faire la part
227 des choses en fait euh dans ce cas-là
228 **Moi :oui, selon vous, il a droit à ses soins. Mais pour d'autres personnes, ça ne serait pas**
229 **si évident.**
230 Bonita : donc nous on reste là-dessus. Après, c'est sûr qu'on l'a vu. On est resté sur ce
231 positionnement-là, en entretien. Après, entre nous, on s'est autorisé... Je pense que c'est
232 important, aussi, derrière, entre nous, à s'autoriser à dire... Il est dégueulasse...enfin..
233 Ou on a besoin, quelque part, de dire... Mais ce qu'il dit, c'est horrible, enfin ça suscite le rejet.
234 C'est pas...voilà. Je pense qu'on a quand même besoin, comme on reste des êtres humains,
235 après, en débrief, de le sortir entre nous.
236 Et Je pense que c'est plus sain d'arriver à le sortir que de rester tout garder à l'intérieur de son
237 truc et dire bah c'est normal. Non, ce ne sont pas des propos normaux.

238 Ce n'est pas quelque chose... voilà. Mais on se doit d'avoir cette neutralité...

239 **Moi : Pour ce type de patient.**

240 Bonita : Au moment de l'entretien. Voilà avec des... Comme je le disais, renvoyer sur la loi.

241 Comme des patients qui sont là, on ne sait pas s'ils sont coupables ou pas. Bah nous quelque

242 part, on n'a pas à dire s'il est coupable ou pas.

243 **Moi : C'est pas votre rôle professionnel.**

244 Bonita : Voilà. Ça, c'est la loi qui s'en chargera. Nous, on est juste là pour les conséquences au

245 niveau de sa santé en fait. C'est tout.

246 **Moi : Ok, et à contrario, une personne qui vous touche émotionnellement... enfin non en**

247 **fait c'est pareil. Il faut rester dans la neutralité.**

248 Bonita : Ca doit être pareil. Je pense que ça peut arriver.

249 Il y a toujours des patients qui touchent plus. On a des patients préférés. Enfin il y en a, on se

250 dit, quand même, le pauvre... Mais c'est pareil. On ne le montre pas. Mais on peut se le dire

251 après.

252 **Moi : Contrairement à l'HDJ, où il y a cette proximité, cette régularité, qui fait qu'ils sont**

253 **plus proches.**

254 Bonita : Après, il y a peut-être plus... C'est vrai que les patients, on les voit une fois, deux fois,

255 trois fois. Des fois, il y en a qui reviennent.

256 Mais il n'y a pas de soins sur le long terme vraiment. Après, c'est sûr qu'il y a des relations...tu

257 peux avoir des relations différentes euh... Je l'ai connu dans mon ancien service ou pour le coup

258 même si c'est un accueil crise fermé, il y a toujours certains patients qui ont du mal à trouver

259 leur place ailleurs que dans ces services-là. C'est un peu leur lieu de vie, malheureusement. Du

260 coup, des patients qu'on peut côtoyer sur euh... des années, et où on a des projets qui sont un

261 peu plus euh... Vraiment un peu plus longs, dans des cas difficiles, où varient il y a des patients

262 psychotiques qui sont vraiment très malades, où le soin, les choses, ça se fait sur des années.

263 C'est vraiment la relation. C'est petit à petit, vraiment. Donc là, on voit plus. C'est sûr qu'on...

264 C'est pas le même relationnel. Après, c'est quand même un relationnel où on reste quand même

265 neutre et... Voilà, où on...

266 **Moi : OK. Euh... Ça reste un peu sur la même thématique.**

267 **Qu'est-ce qu'il y a d'instaurer une alliance thérapeutique avec un patient? Que ça soit...**

268 Bonita : C'est la confiance et le fait de... de chercher son consentement. De pas être dans le... le

269 côté frontal de... C'est comme ça et pas autrement.

270 Après, il y a certaines situations aux urgences qui font qu'on est obligé de poser un cadre à un

271 moment, enfin, par des hospitalisations sous contraintes. Oui, ça peut être dur. Enfin Des fois,

272 il y a quelque chose qui peut se casser du lien. Mais des fois, quand la personne se met tellement
273 en danger qu'il n'y a pas d'autre choix que l'hospitalisation sous contrainte, ben...voilà mais on
274 réfléchit, quand on fait ça, toujours bah l'alliance thérapeutique. Il y a... Hum... En fait, il y
275 avait une phrase... euh.. Enfin, un jour, en formation, je ne sais même plus de qui ça vient, mais
276 que j'avais retenu, qui disait, ben, le but, quand on voit des patients en entretien, ben, le seul
277 but. Un patient un peu difficile qui a du mal à être en confiance, se dire, le seul objectif qu'on
278 a, c'est qu'il revienne. Voilà.

279 Et sans... d'arriver déjà à le faire revenir pour qu'il y ait une accroche. Pour pouvoir travailler
280 quelque chose. Et déjà, de se dire ça, c'est... Si le patient revient...

281 **Moi : Oui, l'alliance, il faut qu'elle se fasse dès le premier contact.**

282 Bonita : Oui, ou de pas... De pas... Les brusquer. J'ai eu... Enfin, il y a eu une patiente, qui
283 passait... Que j'ai vue aux urgences ce week-end, un soir. Une jeune... Avec une histoire de
284 vie... Désastreuse. Je pense qu'il y a un peu... Abandon, placement, violences intrafamiliales,
285 attouchements sexuels. Enfin, un truc... Voilà, avec... Qui avait été beaucoup prise en charge
286 en pédopsychiatrie, avec des hospitalisations, des TS par pendaison à l'âge de 11 ans. Enfin, un parcours
287 vraiment... Vraiment lourd.

288 Et depuis que... Cette jeune, du coup, avait 18 ans, elle a un peu échappé au soin. Et là, elle s'est
289 retrouvée aux urgences pour des scarifications. Donc, on m'a demandé d'aller la voir.

290 Donc euh... J'ai essayé un peu... Voilà, de pas la brusquer. Parce qu'après, des fois... Enfin, il y
291 a des personnes, normalement, de raconter une histoire de vie, mais des fois, de le raconter, ça
292 peut être difficile. Donc, quand je vois que quelqu'un a dit... Je n'ai pas trop envie d'en parler,
293 on fait... OK. Mais on n'en parle pas. Voilà. C'est pas... On peut parler d'autre chose, si vous ne
294 voulez pas revenir dessus, c'est pas grave. Et des fois, les personnes peuvent revenir d'elles-
295 mêmes après. Voilà.

296 De toute façon, dans les entretiens, on fait un peu des... Enfin, on n'a pas... Une liste de questions
297 établie. Les choses qu'on doit connaître, les infos qu'on doit chercher, on les garde en tête. Et
298 puis, dans l'entretien, après, c'est un peu un parcours où on va d'un côté, on revient à la question,
299 on repart sur autre chose.

300 Donc, voilà. Donc du coup, ça peut revenir des fois dans la conversation. Et en fait, je me suis
301 retrouvée avec cette jeune qui parle un petit peu et qui n'a vraiment aucune... Qui me dit
302 clairement... Mais de toute façon, rendez-vous... Bon, il ne s'est pas posé la question de
303 l'hospitalisation. Enfin, dans ces cas-là, on cherche, ben oui, est-ce que c'était... Est-ce que
304 c'était à visé létal ? Est-ce qu'il y a un risque suicidaire ? Est-ce que...on écarte un peu... Voilà.

305 Tout ce qui pourrait être grave... Mériter une hospitalisation, tout ça... Bon, là, c'était pas le cas.

306 Du coup bah moi je lui ai dit enfin, mon ressenti face à cette situation, je dis que ça serait peut-
307 bien de revenir justement, que c'était l'objectif. Elle me dit : « bah de toute façon les rendez-
308 vous j'y vais et puis je reviens jamais, je fais rien.. » enfin, un peu l'ambivalence de « je viens
309 demander de l'aide mais je ne reviendrai pas ». bah je me suis pas ... j'ai pris le parti pris de ne
310 pas m'offusquer de ça , de lui dire bah ok euh... je dois quand même lui proposer quelque chose
311 je dis bah je vous donne un rendez-vous, le rendez-vous est censé être, elle a rendez-vous jeudi,
312 elle est censée revenir jeudi. Je lui donne un rendez-vous et vous voyez. En gros si vous venez
313 tant mieux, si vous venez pas bah.. dans l'idée de dire bah si c'est pas cette fois ça sera p't'être
314 une autre fois. Et...On sera quand même là, juste de dire bah on est disponible. Déjà ça aide des
315 fois souvent dans des entretiens

316 **Moi : oui quel que soit votre choix..**

317 Bonita : où j'aime à dire qu'on attend pas de résultat, on n'est pas dans l'attente de dire : ah de
318 suite il faut qu'il se passe quelque chose, faut que vous vous preniez en main', parce que si la
319 personne ne le fait pas, on ne peut à sa place donc ça ne sert à rien. Comme les personnes qui
320 ont des problèmes addicto qui veulent pas se soigner, on peut pas les empêcher faut que ça
321 vienne d'eux-mêmes.

322 **Moi : et au contraire, si on leur met la pression, ça peut faire l'effet inverse.**

323 Bonita : voilà donc moi ce que jme dis c'est que des fois on plante des graines en fait..

324 **Moi : il faut attendre qu'elle pousse**

325 Bonita : et puis on attend et on voit. Si ça pousse pas bah on aura quand même fait le taf dans
326 la hauteur de nos moyens on va dire et si ça marche tant mieux. Donc cette jeune elle a son
327 rendez-vous jeudi donc si elle vient tant mieux, si elle vient pas...

328 **Moi : elle reviendra plus tard**

329 Bonita : voilà elle a nos coordonnées et voilà. Je me suis dit bah déjà dans le soin bah le fait...,
330 ça n'a pas servi à rien. Elle est passée certes aux urgences pour lui faire des points de suture
331 elle a été prise en charge au niveau somatique et après au niveau psy bah je me dis bah quelque
332 part bah oui j'ai pris le temps pendant une heure en entretien avec elle donc euh...elle a quand
333 même bénéficié d'un espace de parole à un moment où elle était mal. Donc y'a eu un soin dans
334 ce sens-là quand même. après si ça continue après, si ça accroche, on verra, mais je pense faut
335 pas mettre la pression, être trop dans l'attente en laissant le patient choisir et être maître de son
336 projet. Y'a des fois même des patients qui ont des traitements, ou qui sont pas trop d'accord
337 enfin qui aiment pas trop euh avoir de traitement qui peuvent demander à certain médecin
338 d'arrêter le traitement ou de le diminuer, il peut y avoir des médecins qui font le parti pris

339 d'accepter, de diminuer le traitement pour rester dans l'alliance thérapeutique tu vois. C'est un
340 peu bénéfice/risque ... faut évaluer tout ça quoi..

341 **Moi : finalement tout ça participe à la relation de soin, hmm c'est quoi une relation de**
342 **soin pour vous-même si on en a déjà pas mal parlé pendant cet entretien mais voilà essayer**
343 **de me définir la relation de soin aux urgences en psy**

344 Bonita : euh bah c'est un échange déjà, aux urgences spécifiquement je pense que c'est une
345 rencontre parce que ces des personnes qu'on voit pour la première fois, donc nous on rencontre
346 une personne et un patient rencontre un soignant et euh...dans la relation c'est un petit peu bah
347 ce qu'on va pouvoir euh... relation de soin...renvoyer la personne pour l'aider à se questionner
348 dans son cheminement. C'est-à-dire qu'on n'a pas les solutions à tout, montrer qu'on va pas
349 résoudre tous ses problèmes qui amènent de l'anxiété mais qu'on peut agir sur certaines choses
350 et essayer de lui montrer de lui renvoyer des choses des fois en entretien pour amener l'autre à
351 la réflexion pour qu'il essaie de voir les choses sous un angle différent. Pour dire bah ..souvent
352 ..enfin au niveau suicidaire, y'avait une image...une collègue enfin... que j'aimais bien qui
353 disait que euh.. dans la crise suicidaire souvent les personnes...c'était souvent un non choix en
354 fait de faire une tentative de suicide et que du coup les.. c'est comme si les patients se
355 retrouvaient à un carrefour de leur vie avec plusieurs routes qui existent, y'a toujours des
356 solutions, y'a toujours...on a toujours le choix mais des fois on est tellement mal, là la personne
357 est tellement mal qu'elle ne voit plus le choix comme si elle était à un carrefour avec du
358 brouillard et souvent on disait bah nous on n'est pas là pour vous dire « allez là... allez là », on
359 peut avec notre action bah déjà dissiper le brouillard pour permettre à la personne de se mettre
360 en action, en fait, c'est plus, voilà la relation c'est un peu ça, c'est permettre à l'autre d'avancer
361 par lui-même, pas faire à la place mais donner les moyens

362 **Moi : ok. Euh... on en parlait tout à l'heure, euh...l'histoire et les valeurs du patient**
363 **influence votre accompagnement ? et comment ?**

364 Bonita : bah l'histoire euh...l'histoire du patient...enfin après j'aime pas trop le terme
365 influencer, je dirais p'tête plus orienter, nous orienter euh...l'histoire dans le sens parcours de
366 vie, bien sûr que ça.... Ça oriente..

367 **Moi : vos pensées ou...**

368 Bonita : ce qu'on peut proposer

369 **Moi : ah oui**

370 Bonita : euh dans les suites de l'histoire du patient selon les endroits où on peut l'orienter

371 **Moi : et ses valeurs aussi, l'histoire et ses valeurs qui peuvent être différentes des vôtres.**

372 Bonita : bah après dans les valeurs je dirai que ça a pas à orienter euh parce que dans... on le
373 prend en compte mais je dirais pas... autant l'histoire ça peut... par rapport à l'histoire de vie
374 parce que l'histoire de vie elle peut être euh...ça peut être liée à des pathologies enfin...donc
375 euh... c'est important de la connaître cette histoire et de voir ce qu'on en fait, autant les valeurs
376 c'est important de les connaître après ça a pas à influencer justement à dire : bah cette personne
377 à telles valeurs ça correspond pas aux miennes donc je ne vais pas lui proposer...enfin voilà.
378 Les valeurs je dirai non enfin ça a pas a influencé, donc on reste neutre quoi par rapport à ça.
379 **Moi : D'accord. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**
380 Bonita : je pense avoir fait le tour un peu de ...(*rires*)
381 **Moi : oui c'est super bien développé, c'est très intéressant. Bah merci pour le temps que**
382 **vous m'avez accordé et pour cet échange.**
383 Bonita : De rien

Entretien 4 avec Sally

Moi : Bonjour, moi c'est Jessica, euh...je suis étudiante infirmière en 3ème année. Mon objectif de cet entretien c'est de comprendre comment tu perçois la relation de soin et les enjeux émotionnels qui y sont liés. Euh donc là je vais te demander de te présenter ton parcours et depuis combien de temps tu es infirmière.

Sally : Donc euh... Je m'appelle [REDACTED] je suis infirmière depuis...euh depuis 1989.*(rires)*
Euh...Mon parcours...bah j'ai commencé par travailler en service de chirurgie. Donc d'abord chirurgie digestive, après chirurgie ortho. Euh...

J'ai travaillé en réa, urgence, soins continu, après médecine interne, médecine aiguë, infectio.
Après j'ai transité sur l'hôpital de [REDACTED] où j'ai travaillé en pavillon d'accueil crise. Alors après il y a eu beaucoup euh de changement dans cet hôpital parce que j'ai eu envie de découvrir euh...d'autres façons de faire et euh...d'autres services.

Et donc actuellement je travaille dans un hôpital de jour, en psychiatrie.

Moi : Est-ce que tu peux me raconter une situation de soin avec un patient qui t'a touchée ou questionnée ?

Sally : Oui alors la situation est quand même un peu, un peu trash hein euh...

Moi : C'est pas grave.

Sally : Donc j'ai appris à faire de la déprogrammation émotionnelle avec la stimulation bilatérale, le steel bill. Euh donc euh.. c'était un monsieur qui conduisait un véhicule et donc à ce moment-là il a vu une voiture arriver sur lui et malheureusement il a assisté à une scène de décapitation et quand on fait le steel bill, la personne elle est obligée de te raconter la situation dans le détail pour qu'on puisse en retirer les secondes qui ont été les plus intenses pour arriver à déprogrammer le trauma. Mais on est très proche et ça dure à peu près 2h30 et là on sent qu'on est vraiment en vibration avec l'autre.

Et c'est vraiment au niveau émotionnel c'est très dur de mettre la distance et de pas te laisser envahir parce que l'autre ça va réactiver le trauma, il va pleurer, tu vas le remettre dans la situation difficile. Et quand nous avons ... terminé la séance, donc lui s'est senti beaucoup mieux le surlendemain. Les flashes qui l'empêchaient de dormir n'y étaient plus mais par contre son histoire à lui, moi elle m'a hantée pendant plusieurs jours et à partir de là notre cadre de santé a décidé qu'on allait arrêter de faire le steel bill *(rires)* parce que...

Moi : Tu appelles ça le steel bill ?

Sally : Le steel bill oui, c'est un peu différent de l'EMDR hein. L'EMDR on ne travaille que sur la ligne on va dire auditive. Tandis que le steel bill on travaille sur le visuel, l'auditif, le synesthésique, le gustatif, l'olfactif. Parce que c'est ce qui te permet de débarrasser le trauma

34 donc on essaie de déprogrammer tout ça pour qu'après ça fasse partie de la mémoire
35 autobiographique et que les choses ne s'imposent plus à l'autre. Voilà, ça marche hein mais
36 c'est très intense quand tu le fais.

37 **Moi : D'accord surtout pour toi, après pour toi.**

38 Sally : Et je pense que j'aurais dû me faire accompagner et je ne l'ai pas fait. C'est quand même
39 une situation particulière hein. J'en ai eu fait de la déprogrammation pour des choses qui sont
40 traumatisantes mais pas autant que celle-là quand-même.

41 **Moi : Elle était particulière celle-là. Et tu penses que la gestion des émotions du soignant**
42 **est importante ?**

43 Sally : Complètement, complètement. Euh... Je pense qu'il ne faut pas se laisser donc envahir
44 par l'émotion de l'autre mais il faut essayer de l'accompagner.

45 Mais seulement on n'est pas toujours dans un état ... optimum pour pouvoir le faire. Parce qu'on
46 a nos histoires de vie, nos fragilités et euh ... des fois ce qu'on te raconte peut faire écho à ton
47 histoire. Et du coup ça peut un petit peu te déstabiliser mais bon il faut te recentrer et mettre à
48 distance.

49 Parce qu'on est là pour l'autre, pas là pour nous. Donc ça c'est pas facile.

50 **Moi : Donc pour toi est-ce que tu dois te servir toutes tes émotions dans la relation de soins**
51 **?**

52 Sally : Oui. Parce que le fait justement euh... d'être maintenant un peu plus âgée, euh... j'ai un
53 recul sur la vie qui me permet parfois de mieux comprendre l'état dans lequel l'autre se trouve.
54 Soit parce que je peux l'avoir aussi vécu donc euh.... Mais c'est très intéressant parce que les
55 patients, on est une équipe... et tu n'attires pas n'importe quel patient.

56 Et ça on l'a mesuré plusieurs fois. Comme si on avait des radars et on allait vers les gens qui
57 sont peut-être en mesure de mieux te comprendre euh. Voilà, je vois par exemple ma collègue,
58 elle va attirer une certaine population, moi une autre euh... qui est à côté aussi.

59 C'est très très étrange.

60 **Moi : Oui chacun d'entre vous fait écho à...**

61 Sally : Comme si les patients se sentaient, je pense qu'ils appuient leur appareil psychique sur
62 nous. Comme s'ils arrivaient de façon inconsciente à savoir peut-être qu'on sera les plus à même
63 à les comprendre.

64 Mais franchement, y'a ... j'ai rien vérifier scientifiquement. Mais en tout cas, c'est encore un
65 peu un constat qu'on a pu faire. D'ailleurs des fois on se taquine par rapport à ça. Voilà.

66 **Moi : Tout à l'heure tu disais que tu arrivais à comprendre les émotions des autres. Ça**
67 **veut dire que tu connais l'intelligence émotionnelle, tu connais ce concept ?**

68 Sally : Alors l'intelligence émotionnelle, alors j'en ai déjà entendu parler. Euh... c'est pouvoir
69 euh... Je pense arriver à deviner l'émotion de l'autre.

70 L'émotion en fait qui envahit la personne qui peut être en face de nous. Alors je pense que pour
71 moi, par exemple...euh... je ne sais pas hein comment je l'imagine, c'est que parfois les gens
72 vont exprimer une émotion, mais tu sais que derrière en fait, c'est pas la vraie émotion. Par
73 exemple, quelqu'un qui est en colère, parfois c'est pour éviter de tomber dans la tristesse ou en
74 fait arriver, je pense que ça doit être ça, pouvoir faire ce décodage. Parce qu'effectivement, moi
75 j'utilise souvent cette expression, il y a la devanture et l'arrière-boutique. Et ce que tu vois en
76 première intention, c'est pas forcément... ce qui... amène la personne à consulter véritablement.
77 C'est quand tu grattes un peu, quand tu discutes, et là derrière tu vois qu'il y a bien autre chose.
78 Voilà peut-être pas se laisser flouer par ce que l'on perçoit. Je sais pas, j'imagine que ça peut
79 être ça en fait.

80 **Moi : Oui, ça commence déjà par prendre conscience de ce que tu ressens au niveau**
81 **chimique dans ton corps. En prendre conscience tout de suite, déjà toi. Hmmm...De**
82 **pouvoir mettre des mots, comme tu dis, pas les mots de base qu'on connaît, colère,**
83 **chercher un peu plus loin, creuser un peu plus, savoir d'où vient cette émotion qui**
84 **apparaît.**

85 **De savoir la gérer, entre guillemets. Et de la comprendre et ce qui te permet ensuite de**
86 **pouvoir comprendre celle des autres plus facilement. Comme tu disais tout à l'heure,**
87 **voilà, de voir ce qui se passe derrière cette émotion-là.**

88 **Donc oui c'est ça, l'intelligence émotionnelle. Et quand on parle d'intelligence**
89 **émotionnelle, pour moi on parle d'empathie. Qu'est-ce que t'en penses de l'empathie dans**
90 **le soin ?**

91 Sally : Moi je trouve ça théoriquement très bien (*rires*)

92 Euh...après je peux pas dire que j'arrive à l'être à 300%. C'est enfin pour moi si je suis honnête
93 avec moi-même c'est pas possible. Parce que, je sais pas trop comment expliquer, mais il y a
94 quelque chose qui fait qu'il y a quand même des fractions de secondes où à un moment donné
95 je suis en résonance avec l'autre. Et euh...Où j'arrive à ressentir un peu dans l'état dans lequel
96 il est. Donc j'arrive à juger un peu euh... celui qui est en face de moi. Après je fais un travail
97 euh..., je sais pas, j'essaye de re-conscientiser ce que je suis en train de ressentir. Je m'interroge
98 rapidement dans quel état l'autre me met. Après je me fais pas embarquer, euh... j'essaye en
99 tout cas de pas me laisser embarquer justement par l'émotion négative de l'autre. Puisque l'idée
100 moi ce serait un peu euh...de, pas comme un diapason, mais si l'autre effectivement il est un

101 petit peu trop haut, bah de le ramener à quelque chose de plus acceptable, de plus confortable
102 en tous les cas dans le ressenti et vice et versa
103 si la personne elle est trop basse, essayer de l'aider justement à remonter un petit peu son énergie
104 pour être stable. Mais, après on est des êtres humains quoi.
105 Ce qu'il faudrait faire et ce qu'il est possible de faire, parce que malheureusement il y a des gens
106 qui te touchent, des gens très jeunes avec des histoires lourdes. Pour moi c'est trash hein quand
107 il te raconte.
108 **Moi : Donc tu as quand même un côté empathique, mais t'essayes de garder une distance,**
109 **c'est ça que tu veux me dire ?**
110 Sally : J'essaie d'être empathique parce que par exemple hier on est allé à une réunion, on
111 racontait une histoire de vie.... C'était douloureux quoi. De l'entendre euh...c'était douloureux.
112 Te dis mon Dieu...C'est pas possible quoi.
113 Et c'est bouleversant. Je suis rentrée par exemple hier chez moi, euh.. j'avais encore l'histoire
114 qui résonnait dans ma tête. Tu vois c'était pas...Moi je suis d'accord, on dit tu passes à la porte
115 de l'hôpital, tu laisses tout à l'hôpital, et puis hop comme s'il y avait un sas merveilleux qui te
116 permette hop de faire une transition. Mais, je suis pas certaine que ce soit aussi facile. En tout
117 cas moi j'arrive pas à faire ce clivage. Je suis dans l'hôpital, ok ça me trouble, je rentre à la
118 maison, ça y est j'y pense plus. Moi je sais pas vraiment faire . Même après plusieurs années,
119 après peut-être pour des gens c'est peut-être beaucoup plus simple, mais tant mieux. Après ça
120 m'envahit pas non plus euh.... C'est raisonnable, mais quand même, je me dis ces personnes
121 elles veulent venir, comment je vais pouvoir l'accompagner.
122 **Moi : Oui t'es consciente qu'il y a des personnes qui souffrent, et ça te touche.**
123 Sally : Ah oui oui, je peux pas dire...non je suis pas...Peut-être que ça doit être bien
124 l'insensibilité, on dit qu'effectivement la méditation te permet de bien canaliser euh...ton
125 système limbique, pour être ok avec ça. En tout cas, je peux pas dire enfin... j'arrive à bien
126 vivre, mon travail me déstabilise pas au point de me mettre mal. Mais quand même, les histoires
127 me préoccupent, enfin la personne me préoccupe, celle qui va être prise en charge me
128 préoccupe.
129 **Moi : D'accord. Tout ça, ça nous amène à se poser la question de la distance.**
130 **Euh...Comment tu définirais la juste distance ?**
131 Sally : (silence) Alors effectivement, c'est de ne pas se laisser envahir de trop. Euh...
132 Être en résonance, c'est intéressant. Après, j'y mets de la conscience. Bon ok voilà J'ai entendu,
133 c'est pas facile, c'est même terrible parfois, ok.

134 Mais après euh...Voilà t'es pas là pour t'effondrer avec l'autre. Surement pas. Après, c'est vrai
135 que moi, je me parle intérieurement. Non mais c'est vrai en plus (*rires*) Et je me dis, ok, t'as eu
136 ta séquence émotions, voilà maintenant, tu es là pour être forte pour l'autre, que la personne
137 puisse s'appuyer sur toi et qu'elle sente que tu es quelqu'un de solide quoi, pas quelqu'un de
138 fragile, sinon on va rien faire ensemble ça c'est clair et net. Mais t'es quand même troublée
139 pendant une fraction de secondes ou de minutes, mais bon après, tu te ressaisis quand même.

140 **Moi : Ok. Donc c'est ta façon d'être dans la juste distance.**

141 Sally : oui, Après, à un moment donné, je re-conscientise le pourquoi je suis là et voilà...Faut
142 pas que ça dure très longtemps.

143 C'est vrai qu'avec mon passif d'infirmière, c'est vrai que j'arrive à le faire rapidement. Alors
144 que peut-être plus jeune euh.. il y a eu des moments où je suis sortie pleurer. Bon ça m'est pas
145 arrivé souvent, mais il y a eu des moments où j'ai été très très bouleversée quoi. Non là
146 ça...non...C'est aussi l'avantage d'être une vieille infirmière. (*rires*) C'est vrai qu'on arrive à
147 mieux gérer ça, peut-être.

148 **Moi :Donc, euh...en fait la gestion de tes émotions te permet la bonne distance.**

149 Sally : Je pense. En tout cas, l'autre ne se rend pas compte. Enfin , je ne lui..enfin, c'est pas que
150 je ne lui permets pas mais la façon de le gérer comme c'est assez rapide, je pense que la personne
151 ne se rend pas compte de ce qu'elle a pu produire en moi euh...ouais, comme réaction...ouais.

152 **Moi : et selon toi, qu'est-ce qui aide à instaurer une alliance thérapeutique avec le patient**
153 **?**

154 Sally : Moi, je pense que c'est l'authenticité. J'essaie d'être moi, de ne pas tricher. Euh...Je ne
155 me gêne pas pour dire à un patient que : « c'est bizarre, que j'ai eu l'impression, ou j'ai ressenti
156 ça... Quand vous vous êtes adressé à moi de cette façon, voilà un petit peu ce que ça m'a fait.
157 Je le verbalise. Est-ce que vous êtes d'accord avec ce que je vous dis ? » Comme c'est lui qui a
158 la réponse, j'ai eu un retour feed back émotionnel, non verbal. Je lui fais part de l'état dans lequel
159 j'ai été. Je lui demande ce qu'il en pense...si euh...de critiquer un petit peu ce qui s'est échangé
160 entre nous pendant une petite séquence de temps.

161 **Moi : Pourquoi? Est-ce que ça t'aide à avoir une alliance thérapeutique ?**

162 Sally : Non, il n'y a pas que ça. Des fois, j'aime bien clarifier les situations.

163 Pour être certaine qu'on parle de la même chose et qu'on veut aller dans la même direction. (*elle*
164 *réfléchit*) ouais alors. Je ne sais pas trop comment te l'expliquer.

165 Il y a une dame... que toi tu connais....Je ne sais pas ... Je me suis rendue compte depuis qu'on
166 l'accompagne qu'entre ce qu'elle dit et ce qui se passe réellement, on est pas aux antipodes,
167 mais quand même un petit peu. Et... De par son histoire, elle s'est toujours retrouvée euh..

168 sadisée par ses proches. Et... Et j'ai perçu il n'y a pas longtemps... qu'elle venait chercher chez
169 moi à se faire recadrer.

170 Et du coup, moi, je me retrouvais euh...dans le rôle de parent à devoir mettre des limites, à
171 devoir presque l'engueuler quoi. Et là, du coup, j'en ai pris conscience. Et... donc bon après, elle
172 est capable de faire de l'introspection. C'est quelqu'un d'intelligent. Je lui ai parlé de
173 masochisme. Je lui ai parlé de plein plein plein de choses, parce que je sentais que c'était
174 possible. Et... a essayé d'apporter un éclairage sur la position dans laquelle elle m'avait mise. Et
175 cette position que finalement, j'avais accepté de prendre, mais malgré moi, franchement, je ne
176 l'ai pas vu venir.

177 **Moi : Parce qu'elle a senti que tu avais les épaules solides, peut-être.**

178 Sally : Peut-être je sais pas. Du coup, on en a reparlé avec le psychologue, avec [REDACTED]
179 Il m'a dit, oui, effectivement, change de posture. Et ta façon de communiquer avec elle, il faut
180 qu'elle soit à l'opposé. Parce que finalement, ça, elle connaît.

181 Ça lui est familier. Et en fait, elle le recherche. Et tu réponds à cette demande inconsciente.

182 Donc, stop. Et elle m'a attendue euh... C'était hier matin. J'étais en soins hein. Elle a attendu que
183 je termine. Je lui ai dit, vous avez besoin de vous faire recadrer ?. Je lui ai dit, parce
184 qu'aujourd'hui, c'est pas ce que je vais faire (*rires*). Et elle a souri. Voilà après, on a pu en
185 reparler, et c'était très intéressant.

186 Mais elle aussi, euh...malgré elle, d'un coup, il s'est joué quelque chose. Mais.. elle aussi, en fait,
187 elle ne s'en est pas vraiment rendue compte. Et moi, je ne m'en suis pas rendue compte. On a
188 mis en commun tout ça. Et puis, l'éclairage extérieur a permis aussi de le faire ressortir et de se
189 dire, attention. Effectivement, la relation, elle se joue à deux.

190 Attention. Et là, je me suis laissée embarquer. Et là, je ne l'ai pas bien mise la distance.

191 Mais bon c'est bien, ça sert de leçon. Je serai plus vigilante la prochaine fois. Bien comprendre
192 d'où l'autre vient, ce qu'il a vécu. Et éviter de rejouer des situations qui leur sont familières. Et
193 surtout pas être actrice de ça. Je ne sais pas si je suis très claire.

194 **Moi : Oui, quelque part, ça t'a permis de revenir à une alliance thérapeutique plus saine.**

195 Sally : Complètement. Ouais.

196 **Moi : Tu me parlais de relation. Justement, on y vient. Pour toi, c'est quoi une relation ?**

197 Sally : Ça serait peut-être aider l'autre à comprendre ses difficultés. Son schéma de
198 fonctionnement.

199 Et ensuite, l'aider à trouver des solutions pour se sortir de ça. Parce que je leur dis tout le temps...
200 euh... alors attends faut que je trouve la phrase. Si tu veux ce que tu n'as jamais eu, fais ce que

201 tu n'as jamais fait. Parce que là, ce que tu es en train de faire, ça ne marche pas. Ça fait des
202 années que tu fais ça. Et le résultat n'est pas quoi.

203 Il faut bouger quelque chose de là-dedans. En fait on en est là avec la personne dont je te parlais.
204 Elle est totalement d'accord avec ça.

205 **Moi : Je suis d'accord avec toi aussi. Mais est-ce que tu prends l'histoire et les valeurs de**
206 **chaque personne ? Comment ça influence ta manière de l'accompagner ? Parce que**
207 **justement cette personne a une histoire. C'est pour ça qu'elle agit comme ça.**
208 **Comment ça t'influence toi dans ta façon de l'accompagner ?**

209 Sally : euh...Comme ce fonctionnement était toxique, il faut que moi aussi, il ne faut pas que
210 je tombe dans ce genre de piège. Il faut que je fasse différemment de ce qu'elle a connu. Ou
211 alors c'est vrai que je parlais d'éclairage, mais c'est souvent apporter un éclairage sur le
212 fonctionnement.

213 Et lui dire que quand même c'est elle qui est l'orfèvre de sa vie. Et que si ça ne va pas, en fait
214 il n'y a qu'elle qui va pouvoir faire quelque chose pour elle. Donc nous, on veut bien l'aider dans
215 les moments où... Dans les phases dépressives. Euh...Faire du renforcement positif dans ce qui
216 nous semble intéressant, dans ce qu'elle a essayé de mettre en place. Enfin...

217 **Moi : T'entends de l'accompagnement avec tous les patients ? On va essayer de sortir de**
218 **cette histoire avec cette personne. En général, chaque patient a une histoire, un vécu.**
219 **Toi, tu réagis toujours pareil ? Même euh...ou tu prends en comptes ses valeurs et ses**
220 **histoires.**

221 Sally : Non, c'est au cas par cas.

222 **Moi : Donc ça t'influence quand même ?**

223 Sally : Oui. Je n'arrive pas à le développer.

224 Parce qu'en fait, c'est au feeling un peu. J'ai du mal à... J'aurais du mal à le mettre en mots. Mais
225 je sais que je fonctionne beaucoup au feeling. Comment ça résonne en moi ? Là, pour elle, ça
226 peut peut-être être OK. Euh...Ça, non. Ça, ça a marché avec elle. Mais là, je pense que c'est
227 autre chose. Il ne va pas falloir qu'on s'y prenne de la même façon... Il n'y a pas les mêmes
228 besoins, les mêmes attentes euh.. Il faudrait plutôt utiliser ça... Des fois, on utilise quelque
229 chose, on réajuste. Euh...Mais malheureusement, je n'ai pas la recette miracle pour....d'emblée
230 dire : Voilà elle, je sais. En fait, je ne sais rien quoi, surtout c'est ça, je ne sais pas. C'est l'autre
231 qui t'apprend de lui. Parce que lui t'apprend qui va t'aider à te guider dans cet accompagnement.
232 Mais en fait, toi, tu ne sais rien.

233 **Moi : Tu ne sais rien, mais tu reconnais la subjectivité de ce patient.**

234 Sally : Oui. On pourrait dire ça comme ça.

- 235 **Moi : Ok, Est-ce que tu as quelque chose à rajouter?**
- 236 Sally : Non, mais c'était intéressant. Toutes ces questions.*(rires)*
- 237 **Moi : Ça pourrait être un peu plus poussé. Je te remercie.**
- 238 Sally : Moi aussi.

Entretien 5 avec Kenza

Moi : Alors bonjour, moi c'est Jessica, je suis étudiante infirmière en troisième année et l'objectif de cet entretien est de comprendre comment tu perçois la relation de soins et les enjeux émotionnels qui y sont liés. Je vais te demander déjà dans un premier temps de te présenter, présenter ton parcours infirmière et de savoir aussi depuis quand tu es infirmière.

Kenza : Alors je suis infirmière depuis euh, donc diplômée en 2002 et euh mon parcours professionnel était donc avant de travailler en soins palliatifs, euh donc j'ai travaillé en soins généraux, euh.. j'ai travaillé principalement en chirurgie viscérale, euh.. pneumologie-oncologie, hématologie (rire) et euh...ORL, chirurgie et médecine ORL et donc ensuite services de soins palliatifs.

Moi : d'accord, ok. Est-ce que tu peux me raconter une situation de soins avec un patient qui t'a touché ou qui t'a questionné ?

Kenza : Oui bien sûr j'en ai eu une situation qui m'a touchée et auquel euh je pense euh souvent quand je me retrouve face à des situations similaires. En fait euh c'était lors d'un soin, d'une aide à la toilette d'une patiente euh... qui était donc en fin de vie et qui ne s'exprimait plus euh... depuis un bon moment. Donc il n'y avait plus vraiment de contacts avec elle, donc c'était simplement visuel ou par les regards etc. Et euh... je savais qu'elle aimait cette patiente, la musique, elle aimait chanter, j'ai eu l'idée donc de mettre de la musique et je me suis à fredonner. Et à ce moment-là cette patiente elle s'est mise à fredonner aussi cette personne et euh... ça m'a interpellée et j'ai regardé à ce moment-là, elle a souri etc. Voilà. Et ensuite elle a essayé de chanter avec moi pendant les soins. Et euh voilà... J'étais du moins très émue et à la fin des soins elle a posé la main sur mon bras et elle a réussi à me dire merci. Et ses yeux...enfin j'avais l'impression que ses yeux s'allumaient en fait. C'était voilà. Et euh... Donc comme elle n'avait pas parlé depuis très longtemps, et en fait cette euh...ça m'a...ça m'a interrogée, ça m'a confortée dans l'idée de ce pourquoi j'étais là en fait. Et euh....voilà. Et c'est.... une relation qui m'a confortée dans l'idée que je pourrais dans ce service-là développer mon rôle propre et c'est pourquoi je voulais, je veux travailler au soins palliatifs. Et c'était au début de mon soin.

Moi : Penses-tu que la gestion des émotions du soignant est importante ?

Kenza : Oui bien sûr la gestion des émotions des soignants est importante, ça dépend de ce qu'on entend parler par gestion. La gestion c'est quoi ? euh...Il ne faut pas que l'on pense que la gestion : pas une émotion voilà. Je ne dois pas développer ? (rires). Je ne sais pas si je peux développer.

33 **Moi : Si si tu peux.**

34 Kenza : euh... Pour moi oui elle est importante dans la mesure où elle doit toujours être
35 tempérée....euh....gestion des émotions, comment dire. De toute façon on ne peut pas faire
36 autrement euh... L'émotion c'est quelque chose de naturel, quelque chose d'humain, c'est
37 quelque chose qui est inclus dans la relation à l'autre, bien sûr par rapport à des événements,
38 des situations. Euh... Mais oui, bien sûr qu'il faut... qu'elle est importante.

39 **Moi : D'accord. Donc pour toi le soignant doit se servir de ses émotions dans la relation**
40 **de soin ?**

41 Kenza : Pardon ?

42 **Moi : Est-ce que pour toi le soignant doit se servir de ses émotions dans la relation de soin**
43 **?**

44 Kenza : Oui bien sûr qu'il doit s'en servir, bien sûr. Euh...Parce que si on ne se sert pas de ses
45 émotions, ça veut dire qu'on n'est pas nous-mêmes en fait. Voilà. Et puis, bien sûr qu'on peut
46 se servir de ses émotions parce qu'on peut s'interroger sur l'émotion qu'on a eue, justement
47 arriver à s'en servir pour la gérer. Euh non...oui. Bien sûr qu'on peut se servir de ses émotions
48 pour la relation à l'autre.

49 **Moi : Oui, elles ne sont pas perçues comme un frein pour toi, c'est plutôt un appui ?**

50 Kenza : Ah non, ce n'est pas un frein du tout, du tout, du tout. Au contraire, c'est pas un frein,
51 c'est un appui, ça fait partie pour moi de la communication avec l'autre, euh... la personne qu'on
52 a en face. Bien sûr, après c'est tout dans la gestion et dans l'intensité, etc. Mais après, bien sûr
53 qu'on est humain et on est face à un être humain qui a aussi des émotions et donc c'est un
54 échange. Et euh voilà, oui, mais oui. Ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on est robot, enfin
55 au contraire (rires).

56 **Moi : Est-ce que tu connais l'intelligence émotionnelle ?**

57 Kenza : Oui, bien sûr, l'intelligence émotionnelle, oui.

58 **Moi : D'accord, c'est quoi pour toi l'intelligence émotionnelle ?**

59 Kenza : Pour moi, l'intelligence émotionnelle, comme on voit intelligence (rires), on voit
60 intelligence en fait, l'émotion. Euh...pour moi, c'est difficile de l'expliquer avec des mots,
61 l'intelligence émotionnelle. C'est en fait arriver à avoir réfléchi en fait, mais c'est difficile de le
62 faire au moment T, au moment M, sur le point. Mais l'intelligence émotionnelle, euh...c'est en
63 fait comme une analyse en fait de ses propres émotions et de savoir en fait euh comment les
64 doser, comment les adapter. Donc en fait, c'est un travail. L'intelligence émotionnelle, c'est
65 travailler sur ses émotions en fait. C'est comme ça que j'entends moi.

66 **Moi : Oui, c'est ça, c'est ça, c'est de la repérer dès qu'elle arrive euh..., de savoir que c'est**
67 **quelque chose d'abord de chimique, qui arrive en nous et ensuite c'est aussi apprendre à**
68 **y mettre les mots exacts, parce qu'on utilise souvent les mots basiques des émotions, alors**
69 **qu'il en existe beaucoup.**

70 Kenza : Voilà, et puis essayer de ne pas la prendre en négatif en fait, mais d'essayer de, voilà,
71 qu'elle soit plutôt positive dans l'accompagnement à l'autre quoi.

72 **Moi : Voilà, essayer de les comprendre.**

73 Kenza : C'est comme ça que je l'entends moi.

74 **Moi : Voilà, c'est ça, c'est essayer de comprendre déjà ses propres émotions, euh pour**
75 **pouvoir comprendre celles des autres.**

76 Kenza : Oui, c'est parce que, bien sûr, puisqu'on a de toutes façons dans l'échange, et que chaque
77 personne est unique et différente qu'on a en face de nous, de par son histoire, de par tout ça,
78 donc on est, voilà, toujours en adaptation. Enfin voilà, mais on a des émotions, comme tu disais,
79 qui arrivent, parce que, bon, système sympathique, parasympathique, donc on connaît hein
80 l'émotion, battements de cœur, enfin tout ce qui est physique qu'on ne peut pas contrôler,
81 comme tu disais, mais justement après, il y a tout le psychologique, tout ce qu'on peut travailler
82 par notre cortex (rires).

83 **Moi : C'est ça, c'est ça. Alors, pour moi l'émotion est liée à la notion de l'empathie. Que**
84 **penses-tu de l'empathie dans le soin ?**

85 Kenza : L'empathie euh... dans le soin, elle est indispensable, elle est indispensable. Euh...
86 L'empathie fait partie, à mon avis, de la part indispensable d'un soignant face à la personne
87 soignée. Euh... Pour moi, je dois le développer, je dois dire ce que c'est que l'empathie, non ?

88 **Moi : Oui, tu peux, tu peux, tu peux développer.**

89 Kenza : D'accord, d'accord. Euh... Pour moi, l'empathie veut dire euh... qu'on a fait abstraction
90 de tout saisissement, on a fait euh... abstraction... et l'empathie, c'est se mettre à l'écoute de
91 l'autre et faire preuve euh... de....je ne sais pas, c'est difficile de trouver les mots exacts de
92 l'empathie. C'est comprendre l'autre, comprendre, euh... par exemple, en soins palliatifs, tout
93 ce qui peut être douleur physique ou psychologique, tout en n'étant pas dans la sympathie, et
94 la...voilà. Enfin je je ...voilà....

95 **Moi : Oui, ne pas se laisser envahir non plus par l'émotion liée à l'empathie.**

96 Kenza : Oui, voilà, l'empathie, c'est se mettre à la portée pour que la personne en face voie qu'en
97 fait, on est empathique, on est compréhensible, on comprend, on est là, mais en même temps,
98 euh... ce n'est pas une relation amicale du tout, donc c'est une relation de compréhension de
99 personne à personne, enfin soignante. Et c'est ça l'empathie pour moi.

100 **Moi : D'accord, euh... donc justement, quand on est touché émotionnellement, on peut se**
101 **poser la question de la distance. Comment tu définirais toi la juste distance ?**

102 Kenza : (rires) Alors la juste distance, euh... moi j'ai découvert avec une psychologue pendant
103 mes études infirmières. Une psychologue, on avait des cours en psycho, tout ça, tout ça. Et en
104 fait, un jour, elle nous a raconté une petite histoire, qui est une petite histoire, une métaphore,
105 et que j'ai trouvé très très intéressante. C'est la métaphore des des des deux petits hérissons sur
106 la toundra. Donc deux petits... enfin je vous raconte la métaphore, la petite histoire, parce qu'elle
107 est vraiment très très intéressante. Moi, elle m'a interpellée et c'est totalement vrai dans la juste
108 distance, et ça interroge et ça parle bien. En fait, c'est deux petits hérissons qui sont sur la
109 toundra. Et puis, bien sûr sur la toundra, je ne suis plus sur le pôle Sud, le pôle Nord. Enfin bon
110 bref, il fait très très froid. Et puis ces deux hérissons sont mal, ils ne se sentent pas bien. Ils sont
111 tous les deux, mais en même temps, ils sont très froids. Ils ont vraiment besoin de se rapprocher
112 pour retrouver de la chaleur. Donc qu'est-ce qu'ils font pour s'entraider et et et se tenir chaud et
113 être ensemble ? Ils se rapprochent, rapprochent, rapprochent, rapprochent, mais ils sont
114 tellement proches l'un de l'autre qu'avec leurs épines, ils sont mal. Donc qu'est-ce qu'ils font ?
115 Eh bien, ils disent « Oh non, ça fait trop mal ». Alors ils s'éloignent, mais au bout d'un moment,
116 ils sont tellement loin que ben ils se manquent, ils ne s'apportent rien, ils ne se sentent pas bien
117 l'un autant que l'autre ne se sentent pas bien. Et ils se disent « Bon, on va se rapprocher ». Ils se
118 rapprochent doucement pour ne pas se blesser. Et c'est à ce moment-là qu'ils arrivent à trouver
119 la juste distance.

120 **Moi : Ah, j'adore (rires)**

121 Kenza : Et cette métaphore m'a parlé tout le long de ma vie ensuite. Je veux dire, c'est quelque
122 chose, c'est là que j'ai dit « Ah ouais, la juste distance ». Pour moi, c'était... euh c'est devenu
123 une évidence quoi.

124 Sans expliquer avec des mots techniques, mais je trouve que c'est une super belle métaphore
125 sur la juste distance et je voulais la faire partager avec toi. Voilà.

126

127 **Moi : Je te remercie, j'aime beaucoup. J'aime beaucoup et je pense que ça va rester aussi.**
128 **Euh...Alors comment tu fais, toi, pour être dans la juste distance au quotidien avec tes**
129 **patients ?**

130 Kenza : et ben....(rires) On essaie, on s'adapte (rires). En fait, la juste distance, c'est une
131 adaptation perpétuelle. Et comment faire ? Bah déjà, il faut avoir une ouverture d'esprit. Il faut,
132 bien sûr, je pense qu'en tant que soignant, on bannit tout jugement, etc. Je suis tellement
133 maintenant euh.... évident pour moi que d'expliquer, c'est assez compliqué. Comme je disais

134 tout à l'heure, chaque personne est différente, de par sa vie, son histoire de vie, ce pourquoi il
135 est là en soins palliatifs, etc. Enfin, ce pourquoi il est là on le sait il est plus en curatif, mais
136 c'est pas ça que je veux dire. Par son traitement, sa maladie, son histoire et tout. Euh...donc
137 pour être dans la juste distance, je pense qu'il faut savoir gérer, quelque part, ses émotions quand
138 même. Bien sûr, les accueillir, être soi. Je pense que ça, c'est très important. Être vrai,
139 euh...montrer à la personne que que de toute façon, faire semblant ne peut pas. Euh... Pour
140 avoir une cohérence et une alliance thérapeutique avec une personne, on ne peut pas être faux,
141 on doit être vrai. On doit euh faire comprendre qu'on est là euh pour les accompagner, pour les
142 aider. Et c'est comme ça que la juste distance, elle se met en place, en fait. Je pense. Quand soi-
143 même, en tant que soignant, on sait gérer ses émotions, les expliquer. Et puis aussi, ce qui est
144 important, euh...c'est le travail en équipe. Savoir que dans notre équipe, bah à un moment
145 donné, on sait qu'on va être là, qu'on ne va pas pouvoir gérer sa juste distance. Et de savoir
146 aussi, quelques fois, en parler, passer la main, en discuter avec les collègues, etc. Enfin, c'est
147 tout ça la juste distance, pour moi. Non ?

148 **Moi : Oui, bien sûr, je suis d'accord. Donc la gestion de tes émotions, elle te permet la**
149 **bonne distance.**

150 Kenza : Oui, bien sûr, la gestion des émotions permet d'avoir la bonne distance. Oui, bien sûr,
151 la gestion, pas l'ablation des émotions. On peut bien sûr, face à un patient, lui expliquer, lui dire
152 « oui, ce que vous dites, ça me touche. » En fait, tout est dans la verbalisation et dans
153 l'explication, je pense. Et c'est pour ça que je parle d'être soi-même et d'être vrai, sans bien sûr
154 être dans (rires) l'expérience, en sachant le gérer et tempérer. Mais ça, c'est des choses qui
155 s'apprennent au fur et à mesure du temps, par l'expérience. Mais ce qui est important aussi, une
156 chose sur laquelle je voulais parler, euh dans la juste distance aussi, euh donc être vraiment en
157 observation avec la personne qu'on a en face de nous. C'est-à-dire euh être en observation fine
158 par rapport à ses réactions, même si on sait des choses par rapport au dossier médical, etc. On
159 sait des histoires, mais pas tout. La personne se confie surtout dans ces services-là, ou non, s'il
160 n'y a pas de communication verbale. Et la communication non-verbale, on peut observer. Mais
161 euh c'est important aussi de de de nous verbaliser, expliquer, etc. ce qu'on peut ressentir nous
162 aussi, quelque part. Voilà.

163 **Moi : D'accord.**

164 Kenza : Être vrai, en fait, je pense. Et avec l'expérience, etc. C'est un tout, en fait. C'est Ça,
165 c'est un tout.

166 **Moi : D'accord. Selon toi, qu'est-ce qui aide à instaurer une alliance thérapeutique avec**
167 **un patient ? Qu'est-ce que ?**

168 Kenza : Qu'est-ce qui aide à instaurer une alliance thérapeutique avec un patient ? Qu'est-ce qui
169 aide ?

170 **Moi : Oui, tu as déjà un peu répondu, mais euh...**

171 Kenza : Ah, c'est ça ! Qu'est-ce qui aide ? C'est notre attitude, déjà, en tant que soignant. Notre
172 attitude, comme je disais tout à l'heure, d'être vrai, d'être soi. Mais c'est surtout aussi avoir
173 travaillé un petit peu, quand même, se connaître soi, connaître ses limites, ses valeurs. Euh
174 Identifier aussi ses propres émotions quand elles arrivent. Voilà Et pas les refouler, surtout, les
175 gérer. Et ça nous aide aussi à avoir la juste assistance. Et aussi, euh...essayer, ça on sait, de
176 connaître...je parle euh par rapport aux valeurs et aux croyances de la personne qu'on a en face
177 de nous aussi. Pour avoir la juste distance. Parce que, bon, on peut avoir affaire à des personnes,
178 surtout dans ce moment de vie qui est... On est au bout de la vie hein, on n'a pas une chance.
179 On est vraiment, comme je dirais, en bas de l'escalier. Donc... Ou en haut, ça dépend si on
180 descend ou on monte. Bref.

181 C'est à chacun de d'imager la vie. Mais en fait euh, une personne euh qui a des valeurs et qu'on
182 peut... Je pense surtout, euh moi, aux croyances et aux valeurs par rapport à, par
183 exemple...euh... Je trouve plus les mots. Euh...Aux croyances religieuses, pardon, voilà. Aux
184 croyances aux valeurs religieuses, par exemple. Donc ça, c'est important aussi à connaître de la
185 personne.

186 **Moi : Donc ça, c'est ce qui t'aide à instaurer une alliance thérapeutique. Connaître la...**

187 Kenza : Oui, voilà, la connaissance entière de la personne, de ses limites, de ses valeurs, nos
188 propres limites, nos propres valeurs. Et ça permet, après, en fait d'être à l'aise, d'être à l'aise, de
189 rester vraie, d'avoir de l'empathie, sans avoir non plus euh trop d'émotions fortes ou une trop
190 grosse projection, enfin, des choses comme ça. Donc c'est important. C'est des données qui font
191 que, je pense, ça aide à avoir une bonne relation.

192 **Moi : D'accord. Finalement, tout ça participe à la relation de soin. Donc est-ce que tu peux
193 nous définir euh ce que c'est pour toi une relation de soin ?**

194 Kenza : (rires) J'ai l'impression de me répéter, en fait.

195 **Moi : Non, mais c'est vrai que les questions... C'est vrai que c'est assez redondant, mais
196 c'est tout est lié.**

197 Kenza : Oui on a l'impression que c'est redondant. Euh...Alors, qu'est-ce qu'une relation de
198 soin ? Alors une relation déjà (rires) Euh...c'est un échange. Un échange entre deux personnes.
199 Bon, là, présentement, c'est une relation en soin, donc une personne soignée et une personne
200 euh soignante. Instaurer une relation, c'est....pour moi, une relation de soin, c'est, sur la base,

201 une relation de confiance, de rassurance, à mon avis. C'est des choses très importantes pour
202 instaurer une bonne relation de soin. C'était ça, la question ?

203 **Moi : Oui.**

204 Kenza : Pour une bonne ou une relation... Enfin, une relation de soin correcte, on va dire.

205 **Moi : Oui, oui.**

206 Kenza : Donc, c'est instaurer euh une confiance pour avoir l'alliance thérapeutique de la
207 personne, déjà, dans la relation de soin, euh entre autres, puisqu'on est là pour ça (rires). Donc,
208 déjà, la rassurance, l'attitude, la posture de la personne soignante, euh...ne pas arriver, comment
209 dire, vulgairement, « moi, je sais tout, je connais tout, c'est moi qui détient la vérité ». Non, pas
210 du tout. À mon avis, c'est ça. Donc, se mettre à la portée de l'autre, euh essayer dans
211 l'observation, justement, parce qu'il y a des choses qui sont non-verbales, des choses que les
212 gens n'ont pas envie de dévoiler non plus, ça fait partie de leur monde intérieur, qu'ils gardent
213 un peu. et c'est à nous d'être dans l'observation, dans l'écoute de la personne, pour, justement,
214 avoir la relation la mieux adaptée, sans pouvoir euh.... mettre la personne en face qui est là,
215 justement, déjà, avec ses problèmes euh de santé et bon bah voilà, euh... dans une autre
216 difficulté, quoi, justement, la mettre en confiance. Voilà, c'est ça, en confiance.

217 **Moi : OK. Une dernière question. Est-ce que l'histoire du patient influence euh ta façon**
218 **de l'accompagner ?**

219 Kenza : Ah bah, bien sûr. Bien sûr, c'est très important, l'histoire du patient, parce que c'est son
220 histoire. Justement, dans un service tel que où on est, son histoire, c'est sa vie, quoi. Euh
221 ça...Alors, faire attention de dire si ça va influencer, oui et non, parce qu'on ne peut pas... Ça
222 dépend comment on l'entend, je veux dire. La question, c'était quoi, exactement ? Est-ce que
223 l'histoire du patient influence la relation ?

224 **Moi : Ta façon d'accompagner le patient. Est-ce que ça influence ta façon d'accompagner**
225 **?**

226 Kenza : Oui, ça l'influence, mais je pense plutôt vers le très positif. C'est-à-dire qu'on s'en sert,
227 bien sûr, pour euh créer la relation au mieux. L'histoire du patient est très importante, bien sûr.
228 Justement, j'en reviens sur les valeurs et les croyances. Quand on peut avoir euh des
229 renseignements sur les valeurs, les croyances, peut-être, bon là par rapport à l'entourage, par
230 rapport à la famille, par rapport pour toutes les dimensions thérapeutiques en fait qu'on a à
231 l'heure du soin. C'est très important, parce que chaque personne est unique, et euh voilà. par
232 rapport à sa propre histoire. C'est ça qui est important dans notre famille, à mon avis. C'est pour
233 moi le plus intéressant (rires).

234 **Moi : Il y a une question qui me vient, que j'ai posée à personne, parce que je n'ai pas osé**
235 **à ce moment-là, ou je n'y ai pas pensé. Euh, Moi, quand je te parle aussi de l'histoire du**
236 **patient, je pense à des personnes euh qui auraient pu commettre des délits ou des crimes**
237 **assez euh... graves. Est-ce que ça, ça influencerait ton accompagnement ?**

238 Kenza : Eh bien, euh...non, ça ne doit absolument pas, à mon avis, en tant que professionnelle,
239 ça ne doit absolument pas. On est des soignants, on est des gens qui n'ont aucun jugement et
240 aucun avis sur le passé des gens. C'est une personne qui donc euh...est en difficulté, en
241 accompagnement de fin de vie, en fin de soins curatifs, etc. Donc, ça n'est absolument pas.
242 Maintenant, indirectement, il se peut qu'on ait justement euh... des réticences, enfin en premier
243 abord...

244 Bien sûr qu'on est un être humain, par exemple, tu me dis des choses horribles, on se dit « oh
245 mon Dieu mais c'est pas possible ». C'est là-dessus qu'on doit travailler. Et ça, c'est peut-être
246 très difficile parce qu'on peut justement être amené à avoir des projections, ce qu'on appelle en
247 psycho des projections, des réactions, etc. Mais je pense que c'est là euh.... qu'on n'est pas seul.
248 Il y a une équipe soignante. Il y a des gens qui nous entourent pour nous aider face à ces
249 difficultés. Celle-ci qui est particulièrement spécifique et spéciale. Euh...Mais bien sûr que non.
250 voilà

251 **Moi : Souhaites-tu rajouter quelque chose ?**

252 Kenza : Bah Je pense que j'ai fait un truc pas mal (rires). À part le fait que c'est passionnant,
253 j'adore ce que je fais. Et voilà, c'est le service où voilà je....

254 **Moi : Très bien, je te remercie.**

255 Kenza : De rien. Bonne fin de journée, bon courage. Je te souhaite une belle vie en tant
256 qu'infirmière.

257 **Moi : Merci beaucoup, c'est très gentil. Merci**

Annexe 5 : Grilles d'analyse

CONCEPTS	Jacques	Johana	Bonita	Sally	Kenza	Auteurs
<u>Concept 1</u> Intelligence émotionnelle	« C'est la première fois que j'entends en tout cas ce concept-là, ces deux termes en même temps. » (L. 55-56) « En tout cas, les détecter, les identifier, oui. » (parlant des émotions L.41) « Faut arriver à rester plus ou moins neutre, je pense, tout en détectant ses émotions et en les identifiant. » (L.44-45) « Utiliser ses émotions, oui et non quoi. » (L.51)	« Et non, j'ai lu ta question tout à l'heure non. » (ne connais pas l'intelligence émotionnelle . L.92) « Je le fais sans m'en rendre compte je pense en fait maintenant que j'y ai réfléchi. C'est pas calculé en fait. » (Parlant de l'empathie. L.113-114) « Quelqu'un qui est énervé, à contrario il faut être calme et posé pour essayer d'apaiser les choses. » (L.87-88) « On est des êtres humains et on a des émotions et voilà c'est comme ça c'est la vie » (L.48-49)	« Ma connaissance, oui, dans la capacité à identifier ce qu'on ressent. » (L.116) « L'important, c'est de se connaître suffisamment pour arriver à identifier ce que ça renvoie chez nous, parce qu'il ne faut pas que l'histoire du patient se confonde avec notre propre histoire. » (L.109 à 111) « Les émotions du soignant, elles sont là. Après, il faut savoir quoi en faire. » (L.113 à 114) « Tout ça, on le fait beaucoup en équipe. » (L.122)	« L'intelligence émotionnelle, j'en ai déjà entendu parler. » (L.68) « Il y a la devanture et l'arrière-boutique. » (L.75) « Je fais un travail, j'essaie de re-conscientiser ce que je suis en train de ressentir. Je m'interroge rapidement dans quel état l'autre me met. » (L.96 à 98) « Quelqu'un qui est en colère, parfois c'est pour éviter de tomber dans la tristesse. » (L.73)	« Oui, bien sûr, l'intelligence émotionnelle, oui. » (L.57) « C'est comme une analyse en fait de ses propres émotions et de savoir en fait comment les doser, comment les adapter. L'intelligence émotionnelle, c'est travailler sur ses émotions en fait. » (L.62 à 65) « Essayer de ne pas la prendre en négatif en fait, mais d'essayer de voilà, qu'elle soit plutôt positive dans l'accompagnement à l'autre. » (L.70-71) « Ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on est robot » (L.54)	« Une forme d'intelligence qui suppose la capacité à gérer ses sentiments et émotions, et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses actions. » Salovey & Mayer (1990), cités dans Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 50 « L'esprit émotionnel est beaucoup plus rapide que l'esprit rationnel ; il entre en action sans marquer le moindre temps d'arrêt pour considérer ce qu'il fait. » Goleman, 2014, p. 406 Cinq composantes : « la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi,

					« c'est un appui, ça fait partie de la communication avec l'autre. » (L.51)	<i>l'empathie et la maîtrise des relations humaines.</i> »Goleman, 2014, p. 521 « Elle encourage une communication authentique, l'écoute, l'accueil et l'empathie, permettant à chacun de s'ajuster aux besoins de l'autre tout en respectant les siens. »Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 60 Notion de « justesse émotionnelle » : cohérence entre ce que l'on ressent, ce que l'on exprime et ce que l'on fait. (Rossi, Rossi, Lauzol & Noyé, 2020)
Affect	« Des fois, on arrive à détecter que la tristesse de l'autre, ça peut impacter. » (L.26) « Forcément ça touche d'écouter un récit comme ça. » (L.22)	« Ça m'arrive quelquefois parce que des fois il y a des situations qui te touchent peut-être plus que d'autres ou qui peuvent faire écho à ma propre	« Il ne faut pas que l'histoire du patient se confonde avec notre propre histoire. » (L.110-111) « Ça ne me touche pas, heureusement, je n'en ai pas dans ma vie personnelle. (p arlant des accidentés de	« Son histoire à lui m'a hantée pendant plusieurs jours. » (L.28) « Je rentre à la maison, j'avais encore l'histoire qui résonnait dans ma tête. » (L.113-114) « Je me parle intérieurement.	« L'émotion c'est quelque chose de naturel, quelque chose d'humain, c'est quelque chose qui est inclus dans la relation à l'autre. » (L.36-37)	« L'affect ne se donne pas à lire dans son immédiateté. Comme effet de vérité, il nécessite un déchiffrement des signifiants qui y sont attachés. » Bosquin-Caroz, 2016, p. 31

	« ça aurait peut-être été un peu compliqué pour moi. »(L.25) « J'aurais pu détecter que voilà, ça me renvoie à un truc négatif, essayer de rester tranquille» (L.46-47) « Ça monte, ça monte, ça monte. » (L.40-50)	histoire. » (L.25 à 27) « je pense que je suis devenue toute rouge et j'ai eu vraiment les larmes aux yeux et je pense qu'ils l'ont vu »(L.45-46) « Je trouve que c'est même une preuve de professionnalisme... qu'ils se sentent compris.» (L.169-170)	la route)(...) Mais il peut y avoir des situations de post-trauma avec des décès d'enfants(....)forcément ça va faire écho..)(L.133 à 136) « Je pense que c'est plus sain d'arriver à le sortir que de tout garder à l'intérieur» (L.236)	Je me dis, ok, t'as eu ta séquence émotions...» (L.135-136)	« On peut bien sûr, face à un patient, lui expliquer, lui dire : oui, ce que vous dites, ça me touche. »(L.151-152) « Si on ne se sert pas de ses émotions, ça veut dire qu'on n'est pas nous-mêmes en fait. »(L.44-45)	« L'affectif est présent dans toutes les relations : le problème est de savoir ce que l'on en fait. »Prayerz, 2016, p. 6 « C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation. »Manoukian, p. 5
Empathie	« Sans empathie, on ne peut pas faire du soin de qualité. » (L.72-73) « C'est arriver à se mettre à la place de l'autre, sans justement... sans avoir l'impact émotionnel. » (L.73-74) « Il faut quand même être en empathie et être au plus proche des émotions du patient, mais pas trop quoi, c'est une limite. » (L.51 à 53)	« Sans empathie je suis pas sûre qu'on puisse aider correctement les gens. » (L.104-105) « C'est primordial dans notre rôle »(L.103) « Je pense que je suis quelqu'un de très empathique. » (L.107-108) « Alors pas avec tout le monde hein, de toute façon on peut pas s'entendre avec tout le monde. » (L.115-116)	«Comprendre, après, pas ressentir. Je pense qu'on ne peut pas ressentir exactement la même chose, parce qu'on n'est pas à la place du patient. »(L.158-159) « C'est vraiment rester sur la clinique, l'observation, pour pouvoir voir où la personne se situe par rapport à ses émotions» (L.154-155) « C'est dans la gestuelle, la manière de se positionner, la manière de parler, la manière de ne pas parler. »	« Il y a quand même des fractions de secondes où à un moment donné je suis en résonance avec l'autre. Où j'arrive à ressentir un peu dans l'état dans lequel il est.»(L.93 à 96) « Je peux pas dire que j'arrive à l'être à 300%. Pour moi si je suis honnête avec moi-même c'est pas possible. »(L.92-93) « j'essaie en tout cas de pas me laisser embarquer justement par l'émotion négative de l'autre. » (L.98-99)	«L'empathie fait partie, à mon avis, de la part indispensable d'un soignant face à la personne soignée. »(L.86-87) « C'est comprendre l'autre(...).to ut en n'étant pas dans la sympathie. »(L.92-93) «L'empathie , c'est se mettre à la portée pour que la personne en face voie qu'en fait, on est empathique, on est compréhensible, on comprend,	« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne de l'autre avec précision et avec les composantes émotionnelles qui s'y rattachent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre la condition du "comme si". »Rogers, 2013 « L'empathie repose sur la conscience de soi ; plus nous sommes sensibles à nos propres

		« C'est en tout cas comprendre leur mal-être puisque c'est principalement pour ça qu'ils nous sont adressés. » (L.125-126)	(en parlant de l'observation clinique. L.149-150)	« Pas comme un diapason, mais si l'autre effectivement il est un petit peu trop haut, de le ramener à quelque chose de plus acceptable. » (L.100-101)	on est là, mais en même temps, ce n'est pas une relation amicale du tout. » (L.96 à 98)	émotions, mieux nous réussissons à déchiffrer celles des autres. » Goleman, 2014, p. 145 Distinction empathie affective (spontanée, neurones miroirs) / empathie cognitive (comprendre le cadre de référence de l'autre). Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 97 Risque de « mimétisme symptomatologique » : le soignant absorbe la souffrance du patient plutôt que de l'accompagner. Mercadier, 2017
Concept 2 Juste Distance	« La juste distance thérapeutique, bah... c'est essayer d'être... qu'il n'y ait pas trop d'asymétrie dans la relation, qu'il n'y ait pas une domination du soignant et le "petit" patient vulnérable. » (L.77 à 79)	« Être ni dans le trop proche ni dans le pas assez. » (L.138) « Je trouve que pour que le patient se confie sur des choses parfois très personnelles ... il faut quand même qu'il y ait une certaine proximité. » (L.158 à 160)	« Je pense que la juste distance, c'est de rester à sa place de professionnel, avec le bagage professionnel qu'on a. » (L.165-166) « Il faut arriver à renvoyer à l'autre qu'on est solide, qu'on est là et qu'on est en capacité de s'occuper de	« Effectivement, c'est de ne pas se laisser envahir de trop. » (L.131) « Et là, du coup, j'en ai pris conscience. » (L.171) « ... Mais malgré moi, franchement, je ne l'ai pas vu venir. » (L.175-176) « Je me suis laissée embarquer. Et là, je ne l'ai pas bien mise à	Métaphore des deux hérissons sur la toundra : « Ils se rapprochent doucement pour ne pas se blesser. Et c'est à ce moment-là qu'ils arrivent à trouver la juste distance. » (L.105 à 119)	« La capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. » Prayer, 2016, p. 194 « Le vouvoiement aide à se positionner en tant que professionnel de santé, tout en

	« Etre neutre aussi quoi (...) de ne pas rentrer non plus trop dans des familiarités. » (L.90-91) « Voilà, on va dire ça, oui. C'est bien résumé. » (en réponse à : la gestion de vos émotions vous permet la bonne distance. L.96)	« J'ai l'impression quand même de garder la bonne distance thérapeutique tout en étant proche de mes patients malgré tout. » (L.160-161)	lui. »(L.102-103) « Dans l'analyse, on est au clair par rapport à ne pas être dans le jugement, de pas montrer qu'on peut être choquée ou touchée. »(L.181-182) « On s'est autorisé à dire(...) il est dégueulasse. (...) Je pense que c'est plus sain d'arriver à le sortir. » (L.231 à 236)	distance. Mais c'est bien, ça sert de leçon. »(L.190-191) « Avec mon passif d'infirmière, j'arrive à le faire rapidement. Alors que peut-être plus jeune, il y a eu des moments où je suis sortie pleurer. »(parlant d'être dans la juste distance. L.143-144)	« La juste distance, c'est une adaptation perpétuelle. »(L.130-131) « Oui, bien sûr, la gestion des émotions permet d'avoir la bonne distance. Oui, bien sûr, la gestion, pas l'ablation des émotions. »(L.150-151) « Pour avoir une cohérence et une alliance thérapeutique avec une personne, on ne peut pas être faux, on doit être vrai. »(L.139-141)	préservant l'égalité des relations malgré la dépendance du malade ». Prayez, 2016, p.108 « on croit voir en autrui des ressentis, des désirs, des émotions qui, en fait, viennent de nous. » Prayez 2016, p. 74 « Opter pour la juste distance professionnelle, c'est quitter "la prise en charge" pour s'ouvrir à "l'accompagnement thérapeutique". » Pétermann, 2016, p. 178
Alliance thérapeutique	« La disponibilité, le respect, l'écoute. » (L.101) « Essayer de créer une relation de confiance (...) Parfois ça prend du temps. » (L.104 et 106) « Réussir (...) grâce à l'empathie, à se mettre au même niveau	« C'est justement cette proximité qu'on peut avoir. » (L.178) « Bien connaître mon dossier, bien connaître mon patient... pour pouvoir lui donner les réponses qui peuvent le mieux	« C'est la confiance et le fait de chercher son consentement. »(L.268) « Le seul objectif qu'on a, c'est qu'il revienne. » (L.277-278) « On plante des graines. »(L.323) « Pas les brusquer »(L.290)	« Je pense que c'est l'authenticité. J'essaie d'être moi, de ne pas tricher. »(L.154) « La relation, elle se joue à deux. Attention. Et là, je me suis laissée embarquer »(L.189-190) « J'ai perçu il n'y a pas longtemps qu'elle venait chercher chez	« Pour avoir une cohérence et une alliance thérapeutique avec une personne, on ne peut pas être faux, on doit être vrai. »(L.139 à 141) « C'est notre attitude, d'être vrai, d'être soi.	« La maturation de la personnalité et son changement n'advient que lorsque le [client] perçoit et éprouve un certain climat psychologique... l'authenticité, la sincérité... une compréhension

	que le patient, mais quand même avoir ce rôle professionnel d'aide et d'accompagnement. » (L.79 à 81)	l'aider.» (L.189-190) « J'essaie d'être hyper accueillante et hyper bienveillante les patients des fois peuvent se confier un petit peu plus.» (L.203-204)	« Y'a des médecins qui font le parti pris d'accepter pour rester de diminuer le traitement pour rester dans l'alliance thérapeutique tu vois. C'est un peu bénéfice/risque . »(L.338 à 340)	moi à se faire recadrer. »(L.168-169)	Mais c'est surtout aussi avoir travaillé un petit peu, quand même, se connaître soi, connaître ses limites, ses valeurs. »(L.171 à 173) « Identifier aussi ses propres émotions quand elles arrivent. Voilà. Et pas les refouler, surtout, les gérer. »(L.174-175)	on sensible, empathique ... une chaleureuse acceptation ... une considération positive inconditionnelle. »Rogers, 1963 « ... pour mettre en place et maintenir une bonne alliance thérapeutique, le professionnel aura à garantir qu'au sein de cette relation asymétrique, le patient puisse investir sa psychothérapie de manière autonome et en responsabilité » Vasconcellos-Bernstein, 2013, p. 25
Ecoute active	« À part être dans une écoute active mais d'être dans l'entretien, ça aurait peut-être été un peu compliqué pour moi. » (En parlant d'un patient qui exprimait beaucoup de tristesse. L.24 à 26)	« comme c'est des histoires très lourdes je n'ose pas des fois leur demander de répéter qu'elles ont été abusées machin tout ça donc je leur dis que j'ai déjà lu le dossier »(L.199-201)	« Donc, quand je vois que quelqu'un a dit... Je n'ai pas trop envie d'en parler, on fait... OK. Mais on n'en parle pas. Voilà. C'est pas... On peut parler d'autre chose, si vous ne voulez pas revenir dessus, c'est pas grave »(L.292-294).	« Voilà un petit peu ce que ça m'a fait. Est-ce que vous êtes d'accord avec ce que je vous dis ? »(L.156-157). « Pour être certaine qu'on parle de la même chose et qu'on veut aller dans la même direction. »(L.164)	«d'être dans l'observation, dans l'écoute de la personne, pour, justement, avoir la relation la mieux adaptée,»(L.213-214) « être vraiment en observation avec la personne qu'on a en	« Un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience

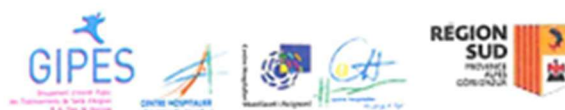
	« On n'a pas réussi à établir un contact verbal satisfaisant. » (L.38)	« J'essaie de prendre le temps de recevoir les gens même si c'est trois quarts d'heure une heure et bien qu'il faut prendre ce temps. » (L.204-205) « J'essaie de ne pas être trop intrusive pour un premier contact. » (L.206-207)	« les infos qu'on doit chercher, on les garde en tête. Et puis, dans l'entretien, après, c'est un peu un parcours où on va d'un côté, on revient à la question, on repart sur autre chose. »(L.297-299) « J'ai pris le temps, une heure en entretien avec elle donc elle a quand même bénéficié d'un espace de parole. »(L.332-333)		face de nous (...) la communication non-verbale, on peut observer. »(L.156-160)	d'être une personne séparée de lui. » Rogers, cité dans le cadre de référence « Savoir se taire pour laisser la parole à son interlocuteur, et surtout savoir se taire intérieurement. » Prayez, 2016, p. 122-123 « Sans cette écoute active, le soignant demeure dans une certaine forme d'ignorance et laisse ses préjugés et ses croyances prendre le pas sur le reste. » Rossi, Lauzol & Noyé, 2020, p. 55
Concept 3 Relation de soin	« La relation de soins entre un soignant et un soigné... c'est une relation de confiance, déjà. » (L.119-120) « Quand il arrive à oublier son statut de malade, je trouve que c'est chouette	« Il faut savoir aussi recadrer les choses quand il y en a besoin et c'est ça aussi finalement qui fait partie de la relation de soins. » (L.212-213) « On les appelle par les prénoms, je trouve que (...) c'est un	« Aux urgences spécifiquement c'est une rencontre parce que ce sont des personnes qu'on voit pour la première fois. »(L.344-345) « On n'est pas là pour vous dire "allez là... allez là". On peut avec notre action déjà dissiper le	« C'est l'autre qui t'apprend de lui. Parce que lui t'apprend. Il va t'aider à te guider dans cet accompagnement. Mais en fait, toi, tu ne sais rien. »(L.231-233) « Aider l'autre à comprendre ses difficultés. Son schéma de fonctionnement. Et ensuite, l'aider à trouver	« Une relation de soin, c'est, sur la base, une relation de confiance, de rassurance. »(L.200-201) « Se mettre à la portée de l'autre. »(L.210) « Chaque personne	« Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné. » Manoukian, 2014, p. 3 « Une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux

	quoi, c'est gagné. » (L.123-124) « Il va prendre part, il va être plus acteur de ses soins si on se met à plus ou moins la même hauteur quoi. » (L.125-126)	peu plus accueillant. » (L.210-211)	brouillard pour permettre à la personne de se mettre en action. »(L.358 à 360)	des solutions. »(L.198 à 200) « Je leur is tout le temps(...)si tu veux ce que tu n'as jamais eu, fais ce que tu n'as jamais fait. »(L.200-202)	est unique. »(L.231)	caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. »Manoukian & Massebeuf Le soin ne peut être réduit à une technique ; il est avant tout une relation.Hesbeen, cité en introduction « Prendre soin » implique de reconnaître la personne dans sa globalité et de ne pas la réduire à sa pathologie. Phaneuf, 2016
Relation d'aide	« Garder à l'esprit que c'est des personnes souffrantes, malades quoi et qu'il faut être disponible pour eux. » (L.88-89) « On a toujours ça en tête que c'est la maladie. » (L.143) Concept non abordé explicitement.	« J'essaie de prendre le temps de recevoir les gens même si c'est trois quarts d'heure une heure. » (L.204-205) « Se refiler un petit peu le bébé quand on se sent pas apte d'avoir les bons mots pour la bonne personne. »(L.244-245) « Il faut savoir aussi recadrer les	« On attend pas de résultat(...) faut que ça vienne d'eux-mêmes. »(L.317 à 321) « Des fois on plante des graines (...) et on attend et on voit. »(L.323 à 325) « Elle a quand même bénéficié d'un espace de parole à un moment où elle était mal. Donc y'a eu un soin dans ce sens-là. »(L.332 à 334)	« C'est elle qui est l'orfèvre de sa vie. »(L.214)	«Accompagner, pour les aider. »(L.141-142) « C'est notre attitude, d'être vrai, d'être soi. »(L.171-172)	« L'une des plus belles formes de communication. » Comprendre les difficultés du patient « comme si » elles étaient celles du soignant, sans pour autant se charger de sa souffrance. Phaneuf, 2016, p. 171 « Une relation dans laquelle l'une au moins des

		choses. »(L.214-215)	«Laisser le patient choisir et être maître de son projet.»(L.335-336)			parties prenantes a pour objectif d'encourager l'autre à s'épanouir, à se développer, à mûrir, à mieux se porter et à mieux faire face à la vie. » Rogers, 1963 « En relation d'aide, la tendresse offre un appui pour avancer, pour "tenir" face à la douleur et à la souffrance. » Prayez, 2016, p. 52 Risques : épuisement émotionnel, tentation de "jouer au sauveur", superficialité rassurante. Phaneuf, 2016
Subjectivité du patient	« C'est pas pareil de soigner (...)un psychopathe (...)que quelqu'un qui est dépressif. » (133 à 135) « On a toujours ça en tête que c'est la maladie. Que c'est dans le cas	« Oui, ça influence. » (L.228) « J'aime bien faire des petites blagues par exemple pour qu'ils se sentent à l'aise si je sens que le courant passe bien. » (L.235-236)	«j'aime pas trop le terme influencer, je dirais p'têtre plus orienter, nous orienter euh...l'histoire dans le sens parcours de vie, bien sûr que ça.... Ça oriente.. »(L.334 à 336) « Autant les valeurs c'est important de les connaître	« C'est l'autre qui t'apprend de lui. Parce que lui t'apprend. Il va t'aider à te guider dans cet accompagnement. Mais en fait, toi, tu ne sais rien. »(L.231-233) « C'est au cas par cas. »(L.222)	« Chaque personne est unique, et par rapport à sa propre histoire. C'est ça qui est important. »(L.231-232) « Bien sûr qu'on est un être humain, par exemple tu	« La médecine expérimentale produit un savoir sur l'objet maladie, mais nécessite d'exclure la subjectivité du patient. » Guillen, Guillen & Combres, 2020, p. 65

	du psychopathe, il a son histoire de vie. » (L.143-144) « Oui, plus d'empathie, c'est vrai, je pense hein. » (davantage pour un patient dépressif qu'un psychopathe. L.142)	« Quelqu'un qui arrive et qui est très fermé bah je vais être beaucoup moins... je vais beaucoup moins les questionner. » (L.236 à 238)	après ça a pas à influencer»(L.375-376) « On reste neutre quoi par rapport à ça. »(L.378) « Il peut être violent. Ça peut être un psychopathe. Ça ne l'empêche pas d'être malade et d'être déprimé. »(L.224-225)		me dis des choses horribles, on se dit oh mon Dieu mais c'est pas possible. C'est là-dessus qu'on doit travailler. »(L.244-245)	« Certains patients continuent à ressentir le manque d'un espace pour subjectiver ce qui leur arrive.» Guillen, Guillen & Combres, 2020, p. 65 Le thérapeute doit chercher à comprendre le monde interne du patient selon ses propres termes, ce qui permet à ce dernier de se sentir entendu et respecté. Rogers, 1963 « Une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendra dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher. »Manoukian, 2014, p. 43
--	---	--	---	--	--	--

Annexe 6 : Autorisation de diffusion de travail de fin d'études



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) : Jessica DESCHANDELIERS

Promotion : 2023/2026

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 :

« Quand les émotions sculptent la relation de soin »

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 23/04/2026..... Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'J' followed by a long horizontal stroke and a curved flourish.

Quand les émotions sculptent la relation de soin

Résumé :

Ce travail de fin d'études aborde l'importance de la place des émotions et de leur reconnaissance dans le maintien d'une distance adaptée dans la relation de soin. Il s'appuie sur une situation de soin vécue en stage qui m'a amenée à me poser la question suivante : « **En quoi l'intelligence émotionnelle de l'infirmier lui permet-elle la juste distance dans la relation de soin ?** »

Je me suis appuyée sur différents ouvrages et articles pour constituer le cadre de référence autour de l'intelligence émotionnelle, la juste distance et la relation de soin.

L'enquête exploratoire s'appuie sur la méthode clinique. Pour mener cette enquête, j'ai réalisé cinq entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers exerçant en milieu hospitalier.

L'analyse des entretiens montre que le lien entre intelligence émotionnelle et juste distance est bien présent dans la pratique, même si les soignants ne le nomment pas forcément ainsi. J'ai remarqué qu'ils décrivent tous des façons de gérer leurs émotions qui influencent leur posture dans la relation. Les soignants estiment que mettre en avant l'importance de reconnaître et de travailler leurs émotions, plutôt que de chercher à les faire disparaître, leur permettent de rester disponibles pour le patient sans se laisser envahir.

En conclusion, l'intelligence émotionnelle apparaît comme une compétence utilisée au quotidien par les infirmiers, construite dans l'expérience. Mais elle montre aussi ses limites dans certaines situations, notamment lorsque les valeurs personnelles du soignant sont fortement mises à l'épreuve.

Mots clés : Emotions – Juste distance – Relation de soin – Empathie – Posture soignante – Subjectivité du patient

Nombre de mots : 235 mots

When Emotions Shape the Care Relationship

Abstract:

This end of course assignment addresses the importance of the role of emotions and their recognition in maintaining appropriate distance in the care relationship. It is based on a care situation experienced during my internship, which led me to the following question: « **To what extent the nurse's emotional intelligence allow him to maintain the right distance in the care relationship?** »

I relied on various books and articles to establish the reference framework around emotional intelligence, the right distance and the care relationship.

The exploratory research is based on a clinical method. To carry out this research, I realized five semi-structured interviews with nurses working in hospital setting.

The analysis of these interviews shows that the link between emotional intelligence and right distance is indeed present in practice, even if caregivers don't necessarily name it as such. I noticed that they all describe ways of managing their emotions that influence their professional posture within the relationship. Caregivers believe that emphasizing the importance of recognizing and working through their emotions, rather than trying to make them disappear, allows them to remain available to the patient without becoming overwhelmed.

In conclusion, emotional intelligence appears as a skill used daily by nurses, built up over through experience. But it also shows its limitations in certain situations, particularly when the caregiver's personal values are strongly tested.

Keywords: Emotions – Right distance – Care relationship – Empathy – Professional posture – Patient subjectivity

Word count: 223 words