

*La posture soignante
entre équilibre et adaptation*



U.E. 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Travail remis le 24/05/2020

PERRIN Delphine

Promotion 2017/2020

Directeur de mémoire : Mme Lopresti N.

IFSI GIPES Avignon et Pays de Vaucluse

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet
d'une publication en tout ou partie sans l'accord de ses auteurs.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire qui fut aussi ma référente pédagogique, Madame Nicole Lopresti. Elle a été une véritable personne ressource pour de précieux conseils durant ces trois années passées. Je remercie Madame Lopresti pour son soutien, sa bienveillance, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail.

Un grand merci aux professionnels infirmiers d'avoir accepté de me rencontrer et d'avoir répondu à mes questions avec intérêt, et qui m'ont permis d'enrichir mon travail.

Je remercie également mes collègues de travail qui m'ont motivé à faire ces études, et qui n'ont pas cessé de m'encourager tout au long de cette formation.

Je n'oublie pas toute l'attention que m'ont apporté mes parents, mon frère et mes sœurs, enfin toute ma compagnie de proches, pour leur présence et leur soutien moral. Ils ont été une aide précieuse pour traverser ces années de remise en question personnelle et professionnelle.

Un grand merci à mes enfants, Océane et Joris qui ont fait preuve de maturité face à l'absence de leur maman. Sans oublier mon cher et tendre mari pour son accompagnement et son soutien sans faille. Merci à tous les trois de m'avoir épaulée et pour votre patience dans ce rythme effréné tout au long de ces trois années.

Enfin, je remercie tout le groupe 6 pour ces trois années passées ensemble. Avec un petit clin d'œil particulier à Emilie qui a été un binôme étudiant dans les meilleurs moments comme dans les pires. Ainsi que Laly, avec qui je garde un souvenir ému de cette aventure commune.

Table des matières

Introduction	1
1. Situation d'appel	3
1.1. Présentation de la situation.	3
1.2. Analyse et questionnement de la situation.	4
2. Cadre de référence théorique.	5
2.1. Le prendre soin.	6
2.2. Proximité / distance.	8
2.3. La posture professionnelle.	10
3. Enquête exploratoire de terrain.	13
3.1. Méthode exploratoire.	13
3.2. Choix de la population.	13
3.3. Choix de l'outil.	14
3.3.1. Entretiens.	14
3.3.2. Guide d'entretien (annexes 1 : Guide d'entretiens).	14
3.4. Mise en œuvre et déroulement des entretiens.	15
4. Résultats des entretiens.	16
4.1. Entretien 1.	16
4.2. Entretien 2.	17
4.3. Entretien 3.	18
4.4. Entretien 4.	19
4.5. Entretien 5.	20
5. Analyse thématique des entretiens.	21
5.1. Prendre soin.	22
5.1.1. Définition de prendre soin.	22
5.1.2. Prendre soin, c'est répondre aux besoins subjectifs.	23

5.1.3.	Prendre soin c'est favoriser l'autonomie.	23
5.1.4.	Prendre soin, c'est s'apporter mutuellement.	24
5.1.5.	Prendre soins et expérience professionnelle.....	24
5.2.	Distance et proximité.	25
5.2.1.	Excès de distance.	25
5.2.2.	Juste distance.	26
5.2.3.	Excès de proximité.....	27
5.2.4.	Notion de similarité soignant-soigné.	27
5.3.	Posture professionnelle.	29
5.3.1.	Attitude personnelle (« soi personnel »).	29
5.3.2.	Attitude professionnelle (« soi professionnel »).....	30
5.3.3.	Positionnement professionnel.....	30
5.3.4.	Influence sur le prendre soin.	31
5.4.	Synthèse des entretiens.	31
5.5.	Concept d'Adaptation.	33
6.	Les limites de l'enquête.....	34
	Conclusion.....	35
	Bibliographie	37
	Références	37
	Annexes	I

Introduction

Dans le cadre de notre formation en soins infirmiers, il nous est demandé un travail de fin d'études réflexif à partir d'une situation vécue en stage. Cette dernière permet de mener une réflexion construite et structurée autour d'un thème choisi. D'un point de vue personnel, ce travail de fin d'études n'est pas une fin en soi, puisqu'il est le fruit d'une réelle réflexion sur la continuité de ma future vie professionnelle.

A l'issue de ces trois années d'étude en soins infirmiers, mais aussi durant mon parcours professionnel d'aide-soignante, j'ai toujours porté une attention particulière aux comportements que nous pouvions avoir face à tel ou tel patient, à des moments clés. Cette attitude professionnelle a toujours été une interrogation pour moi-même : comment acquérir la justesse et l'équilibre pour être un « bon soignant » ? On ne peut pas soigner une personne uniquement en appliquant les cours théoriques acquis en formation. J'ai toujours envisagé d'exercer ce métier en restant attachée à la qualité humaine et relationnelle face aux patients, je n'imagine pas occulter les valeurs humaines en exerçant une profession humaniste.

Certes, la posture professionnelle dans le métier de soignant est un sujet complexe, du fait que cela implique un investissement personnel dans notre positionnement. L'adoption d'une attitude distante ou trop proche de la personne soignée m'a souvent interpellée, c'est pour cela que j'ai orienté mon travail de recherche autour de la posture soignante, afin de définir et cerner l'implication que chacun met dans cette dernière. Cela permettra de développer une réflexion sur ma future identité professionnelle d'infirmière.

Durant mes stages en formation de soins infirmiers, j'ai été très observatrice de l'attitude des soignants pour prendre soin. J'ai pu constater des différences dans ces prises en soins, pour des patients distincts mais aussi pour un même patient. Cela m'a amenée à me questionner sur la notion de posture professionnelle. Une situation vécue m'a particulièrement interpellée. Et c'est celle qui est le sujet de mon travail de recherche, elle correspond au thème qui me tenait à cœur, la problématique de notre positionnement dans le prendre soin. Cette situation porte sur la relation thérapeutique et permet un questionnement sur le sens de notre savoir-faire et notre savoir-être, qui font toute la particularité et la richesse du métier du soignant.

Dans un premier temps, je présenterai ma situation d'appel que je questionnerai et analyserai pour aboutir à une question de départ. J'éclairerai cette dernière par différents auteurs qui

viennent éclairer ma problématique sur les sujets de : prendre soins, proximité et distance, posture professionnelle. Ceci permettra d'affiner la question de départ et l'objet d'étude qui concerne l'influence de la posture professionnelle dans le prendre soin. Dans une 2^{ème} partie, je présenterai l'enquête exploratoire de terrain effectuée avec des entretiens auprès de professionnels. S'ensuivra ensuite l'analyse de ces divers entretiens, permettant ainsi de compléter ma réflexion pour aboutir à une question de recherche.

1. Situation d'appel

1.1.Présentation de la situation.

Je suis en stage dans un service de médecine en rhumatologie et dermatologie dans un centre hospitalier du département. C'est mon premier stage de deuxième année d'école infirmière du semestre 3.

La patiente, que je vais nommer Mme A., est autonome, âgée de 19 ans, sans profession, habitant chez sa tante maternelle. Sa maman est décédée quand elle avait 15 ans, née de père inconnu. Elle est entrée ce jour pour un Eczéma atopique sévère, qui s'étend sur tout le corps ne présentant pas de surinfection. C'est sa troisième hospitalisation dans ce service en 1 an, pour la même cause. Nous sommes en fin d'après-midi, jour de son admission, Mme A. est dans une salle de bain commune, installée dans la baignoire pour un bain thérapeutique.

Mme A. sonne, je rentre dans la salle de bain accompagnée d'une aide-soignante. La patiente dit avoir trop chaud et souhaite mettre fin à son bain. Elle est tremblante, souffrante et manifeste de l'angoisse face à ses démangeaisons. L'aide-soignante réconforte Mme A., s'adressant à elle en la tutoyant. J'aide Mme A. à sortir de la baignoire, je la sèche en tamponnant pour ne pas irriter la peau, je la recouvre d'une chemise hospitalière et je l'installe dans une chaise roulante pour la conduire dans sa chambre. L'aide-soignante et moi-même l'aidons à s'installer dans son lit confortablement.

L'infirmière nous rejoint, je prends les constantes de Mme A., elle est en hyperthermie et tachycarde, la douleur est évaluée au niveau intolérable par la patiente. J'observe la communication qu'entreprennent l'infirmière et l'aide-soignante avec Mme A. Elles montrent de la compréhension et du réconfort face à sa douleur en utilisant, toutes les deux, le tutoiement. Je lui administre un antalgique de palier 1 à la demande de l'infirmière et prescrit en « si besoin » pour soulager la patiente.

Je n'ai pas encore pris mes repères dans le service et auprès des patients, je décide de questionner l'infirmière et l'aide-soignante afin de connaître leurs habitudes de communication dans la prise en charge d'un patient.

Les soignantes m'expliquent que, dans ce service où l'image corporelle est souvent altérée, due à leur pathologie, l'hospitalisation à multiples reprises, la connaissance des patients, le fait d'utiliser le tutoiement pour les personnes jeunes permet de créer une relation de confiance entre eux. C'est une habitude de service, une forme de maternage montrant de

l'empathie et l'estime de l'autre ce qui, selon elles, favorisent l'adhésion du patient et sa coopération pour prendre soin. Elles m'expliquent que chaque soignant doit évaluer ses limites pour garder sa distance professionnelle.

Durant les jours qui suivent la patiente est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Au dixième jour de son hospitalisation, la patiente demande à l'aide-soignante de l'accompagner et l'aider pour faire sa toilette. Celle-ci dit ne pas avoir de problèmes ce jour, mais juste envie que l'on s'occupe d'elle. L'aide-soignante ramène ces propos au médecin et à l'infirmière, qui décident de ne pas répondre favorablement à sa demande d'aide.

J'accompagne l'infirmière pour un entretien avec la patiente. Elle lui demande la raison pour laquelle elle souhaite de l'aide pour sa toilette ce jour. Mme A est dans une chambre double, à côté d'elle se trouve une dame âgée non autonome, qui nécessite de l'aide pour sa toilette. Mme A. répond qu'elle souhaiterait que les aides-soignantes s'occupent d'elle comme sa voisine. L'infirmière lui explique, qu'étant autonome et sans raison médicale ce jour, elle n'a pas besoin d'aide de pour sa toilette. La patiente se met à pleurer. L'infirmière quitte la chambre, me laissant la responsabilité d'expliquer les raisons de ce refus.

Je m'adresse à Mme A en utilisant le vouvoiement. Je lui explique que les aides-soignantes ont une organisation de travail pour les toilettes en fonction des capacités de chaque patient. Je la rassure en lui disant que tout le personnel est à l'écoute de ses besoins. Mais que cette demande d'aide à la toilette, le médecin, l'infirmière et les aides-soignantes ont évalué qu'elle était en capacité de la faire elle-même. C'est pour cela que sa demande n'a pas eu de réponse positive. Mme A se calme et dit comprendre ce refus. La suite de son hospitalisation s'est déroulée sans sentiments de colère envers les soignants. Ce conflit n'a pas eu d'impact dans la relation entreprise entre les soignantes et la patiente.

1.2. Analyse et questionnement de la situation.

Cette situation m'a amenée à réfléchir sur différents points.

Les soignantes définissent leur façon de prendre soin avec l'utilisation du tutoiement comme un outil de communication, pour les patients les plus jeunes, dans un intérêt thérapeutique, pour une meilleure adhésion aux soins. Le tutoiement est utilisé ici pour influencer le soin, nous pouvons nous poser la question sur la relation induite par ce tutoiement et la proximité qu'il amène. Au-delà du soin, il y a la volonté de « *prendre soin* », mais quel sens peut-être donné à ce « *prendre soin* » ?

Les soignantes parlent de relation maternante, est-ce en lien avec le fait que la patiente ait sa mère décédée, ou parce que mères elles-mêmes elles projettent consciemment ou inconsciemment le besoin d'entourer, de protéger ?

Par une relation maternante, voulaient-elles créer un attachement plus important, une plus grande proximité. Les soignants ne vont-ils pas prendre la place des familles et tronquer ainsi la relation dans le soin ? Comment peut-on mesurer une juste distance dans cette dernière ?

Au regard du changement d'attitude des soignantes, nous remarquons une prise de distance, dans le fait qu'elles me laissent la responsabilité d'expliquer les raisons du refus de lui faire sa toilette. Les soignantes ont construit une certaine proximité dans la relation et ont remis un cadre quand la patiente demandait à être maternée, et ce au risque de déboucher sur un conflit. Ce que nous pouvons interroger aussi c'est que finalement le conflit n'a pas eu de conséquences dans la relation soignant / soigné. Cela rappelle la relation parents-enfants.

Les soignantes me disent qu'il faut savoir évaluer ses limites dans la relation pour instaurer une distance professionnelle. Comment évaluer cette distance et cette proximité ? Comment cette recherche des limites qui nous est demandée d'avoir en tant que soignants peut-elle avoir une influence sur notre posture professionnelle ?

Toutes ces réflexions m'ont menée à faire des recherches sur le fait qu'il puisse y avoir différents enjeux pour « *prendre soin* » tels que la proximité et la distance, ainsi que la posture...

Cette analyse et questionnements nous conduisent à une **question de départ** :

« Qu'est-ce qui fait que les soignants ont modifié la distance dans la relation de soins ? »

2. Cadre de référence théorique.

En lien avec cette question de départ, mon travail de recherche s'est appuyé sur plusieurs auteurs. Pour la notion de maternage, mes recherches m'ont conduit à « *l'éthique du care* », qui sous-entend le « *prendre soin* », éclairé par les auteurs A. Zielinski, philosophe contemporaine et E. Delassus, Docteur en philosophie. La notion de proximité et distance a été éclairée par S. Nasielski, psychothérapeute et Pascal Prayez, psychologue et consultant en milieu hospitalier. Enfin, j'ai souhaité comprendre ce que représentait la « *posture professionnelle* » en étudiant deux auteurs : Thierry Mulin, professeur à l'université de Toulouse et docteur en science de l'éducation, ainsi que Brigitte Portal, assistante sociale et formatrice en travail social.

2.1. Le prendre soin.

Le dictionnaire humaniste infirmier, nous donne la définition de « prendre soin » par Michel Nadot (docteur en sciences de l'éducation et en sciences infirmières) :

« Prendre soin relève d'une activité tridimensionnelle, il faut en effet prendre soin de l'humain à tous âges de la vie ; prendre soin de la vie du groupe, car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté, et prendre soin de la vie du domaine, (c'est-à-dire de l'environnement du soin) notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestique ». (Paillard, 2013, p. 663)

Donc prendre soin, c'est prendre en compte l'ensemble des acteurs intervenant dans le soin. Il ne s'agit pas que de mener une action de soin, mais de prendre en compte tous les alentours et les personnes qui composent cette action.

Agata Zielinski (2010) décrit le « *prendre soin* » et relève les **différents aspects** que le soignant doit prendre en compte, tels que la vulnérabilité de la personne, la responsabilité de prendre en charge et les compétences du soignant. Elle présente le « *prendre soin* » par le « *care* », d'origine Anglo-Saxonne, qui se traduit en Français comme un « *soin mutuel* », qui sous-entend un soin à deux.

Le soignant porte de l'attention à la personne sous forme de maternage, « *une manière singulière et naturelle de prendre soin* ». Il est attentif à sa vulnérabilité et identifie ses besoins. La responsabilité du soignant relève sur le fait de donner une réponse à ces besoins, de plus il y apporte une qualité de soins en y mêlant ses compétences professionnelles, ainsi que son **expérience**. Ces différents aspects mènent à développer l'**autonomie** de la personne. De ce fait, le patient reçoit le soin, le soignant prodigue le soin, l'ensemble du processus de soin accompli donne une réponse aux besoins identifiés, ce qui amène à une réciprocité du soin, signifiant le « *soin mutuel* ». En ce sens, nous comprenons que le « *Care* », serait de « *prendre soin* » d'une façon **globale**, qui introduirait le bien-être du patient, mais aussi celui du soignant.

Eric Delassus (2012) va dans le même sens et rajoute la théorie de la justice pour former une « *politique du Care* ». Sur cette théorie, il nous amène à considérer le prendre soin comme constitué de « *lois et de règles de justice* », afin d'établir une position « *d'égalité* » entre le soignant et le patient.

En ce sens, on comprend que l'homme instaure un ensemble de références pour « *égaliser* » la position de chaque acteur dans une situation de soins. Ce qui sous-entend un ensemble de règles fondées pour éviter une forme d'inégalité dans un soin réciproque, comme un idéal de

prendre soin. Cependant, les lois, les règles déontologiques, les formations professionnelles sont constamment soumis à un travail réflexif et évolutif sur la manière de prendre soin, afin d'améliorer un sens commun de « *prendre soin* » de tout être humain « *vulnérable* ». Le « *Care* » nous conduit à repenser le soin, par une réflexion sur ce qui est inné, comme naturelle et sur ce qui est acquis par la théorie ainsi que l'évolution de la profession. En effet, nous pouvons observer une évolution et des changements au niveau de la société par les médias, qui peuvent avoir un impact sur la manière de prendre soin. Le soignant est alors confronté à devoir avoir une capacité **réflexive et adaptative**.

Agata Zielinski cite Jean Tronto, philosophe Américain, pour définir « *Le Care* » :

« Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend notre corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie ». (Zielinski, 2010, p. 632)

Ainsi, on comprend que le statut de soignant est lié à une **attitude humaine**. En effet, la profession soignante est considérée comme un métier de vocation, un professionnel dévoué à l'autre. Ainsi, pour prendre soin, le soignant manifeste de la bienveillance à l'égard des besoins du patient, il prend en compte les droits du patient et développe ses compétences professionnelles pour acquérir un savoir-faire. Ces différentes dimensions se réunissent dans un but de restaurer un bien-être physique, social et psychique. Donc, le soignant prend soin d'une personne dans sa globalité. Il a un rôle éducatif au niveau du soin, il laisse le patient actif dans sa prise en charge, favorisant ainsi **l'autonomie**. Ceci apporte d'autre part au soignant une forme de satisfaction par son action de soin.

Donc, « *l'éthique du care* » serait le fait de concevoir des obligations morales et égalitaires pour ne pas considérer le patient comme objet du soin, mais plutôt sujet actif du soin. Ceci permettant de répondre à un bien-être autant collectif qu'individuel. Ainsi, un soin bien conçu nous renvoie à une image d'un « *prendre soin idéal* ». Cependant chaque situation et chaque être humain est unique, peut-on concevoir un soin sans y engager une réflexion sur la manière dont nous allons ou devons procéder ? Avons-nous des dispositions naturelles comme « *allant de soi* » pour « *prendre soins* » ?

Durant mes stages, j'ai pu voir des soignants qui s'impliquent personnellement pour personnaliser le soin, une manière à eux de se l'approprier. Cependant, comment font les

soignants pour avoir « *l'art et la manière de bien faire* » pour prendre soin ? Le soignant pénètre dans la sphère intime du patient, cette approche nous amène donc à une notion de distance et de proximité.

2.2. Proximité / distance.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers nous donne la définition de la proximité / distance, de Antoine Bioy (psychologue clinicien), en disant qu'il s'agit de : « *s'intéresser à l'espace et aux distances entre les participants d'une interaction* ». (Paillard, 2016, p. 334) En outre, prendre soin inclut le soignant et le patient qui partagent une surface intime commune. Ce qui par conséquent, amènerait les acteurs du soin à se confronter à des réactions humaines.

Salomon Nasielski (2014), explique qu'il peut y avoir des variations au cours d'une relation de soins. Pour lui la proximité s'associerait à une forme de **similitude** entre le soignant et le patient, comme des repères similaires identitaires. Ce qui engendrerait une relation plus intime, familière, favorisant ainsi une relation de confiance et une alliance thérapeutique.

On entend par la distance une forme de **différence**, comme s'associant à un désintérêt à l'égard des émotions de l'autre, que l'on peut définir comme un manque d'empathie de la part du soignant. Ce qui met en avant une **neutralité** des émotions du soignant.

« *Ce choix, c'est pour quoi faire, ou c'est pour qu'il advienne quoi ?* » (Nasielski, 2012, p. 13) Cette question amène le soignant à se faire une **réflexion** sur ces éléments qui constituent la distance et la proximité, ainsi qu'une réflexion sur ses pratiques pour adapter une forme de « *justesse* » dans le prendre soin.

Pour chacune de ces notions de proximité et de distance, le soignant doit savoir repérer des « **zones de prudence** » et doit mesurer son investissement personnel pour « *prendre soin* », afin d'éviter d'être dans un excès ou un manque de proximité ou de distance.

Donc, le soignant est amené à savoir prendre du recul, pour avoir un regard plus objectif de la situation de soins, afin de ne pas déconsidérer le soin.

Pascal Prayez (2005), décrit l'évolution de la distance vers une proximité à travers la relation. Au début la relation est distante, comme prudente, puis au fur et à mesure, des liens se construisent, mais aussi certaines facilités et difficultés pour prendre soin, qui naissent durant une prise en charge d'un patient, puis s'installe une proximité qui se caractérise par une juste distance.

Pascal Prayez (2005) nous donne la définition de la juste distance :

« Il ne faut jamais perdre de vue que l'indentification à l'autre est un mouvement imaginaire. Et même si le fait de se mettre à la place de l'autre peut nourrir une certaine empathie, fondamentalement, je ne suis jamais à la place de l'autre. Ce qui ne signifie pas : incommunication ou rencontre impossible. » (Prayez, 2005, p. 213)

Ainsi, le soignant porte de l'attention à l'autre, ce qui implique une certaine maîtrise de connaissance de soi-même pour instaurer une distance, que l'on peut qualifier de « prudence », comme une forme de protection sur un plan affectif. Donc, les notions de distance et de proximité comportent chacune ses **limites**, qui seraient comme inconscientes chez le soignant. Mais alors, le soignant agirait instinctivement au fil du temps pour mesurer une **juste distance**.

Pascal Prayez (2005) décrit : *« Au fil des mois, les personnalités s'accordent ou s'opposent »*. On comprend que c'est un travail au long court, qui engage un savoir-faire et un savoir-être pour **s'adapter** à la situation de soin. Selon le contexte de la situation de soin, le soignant peut rencontrer des difficultés pour s'adapter à la personne et à la situation. Ce qui nous mène à considérer que le soignant est exposé à une constante réflexion sur la manière dont il va procéder pour prendre soin. Cependant, on peut entendre par cette phrase que dans une prise en charge plus courte, le soignant ne serait pas engagé à une réflexion ou un développement pour une juste distance dans sa façon de prendre soin.

Donc on comprend que pour prendre soin, il faut y inclure une interaction entre la distance et la proximité qui se construisent par un apprentissage de savoirs et **d'expériences** vécues par le soignant.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers nous donne la définition de la réflexion pour évaluer la proximité / distance dans le soin : *« penser la relation aidants – aidés peut tout aussi bien mener à s'interroger sur le couple professionnel de santé-proche de la personne malade »*. (Paillard, Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2016, p. 334) Donc le soignant est impliqué dans une relation interpersonnelle avec le patient, qui se qualifierait comme une relation à deux comportant les aspects d'une relation de couple. En cela, nous comprenons que du fait que la maladie fait intrusion dans la vie du patient, cela créerait une union comme un rapprochement avec le soignant, auquel on peut y associer un engagement sentimental de la part de chacun pour travailler ensemble.

Le soignant ne peut pas se séparer de ses affects, ses propres valeurs à son attitude qu'il doit avoir sur un plan professionnel, puisqu'il travaille avec un être humain. En effet, le soignant est aussi lui-même un être humain qui a sa propre manière d'être, qui se définit par son attitude pour prendre soin, mais auquel il peut y avoir une influence sur un comportement plutôt distant ou de proximité. Comment parvient-il à construire une attitude authentique en adéquation avec la situation de soins ?

Comme on peut le voir dans la situation citée ci-dessus, les soignantes instaurent une relation de proximité en utilisant l'outil du tutoiement et en instaurant une relation maternante, ce qui reflète à la relation mère / enfant que l'on peut qualifier de relation maternante professionnelle comme identique au « *couple-professionnel* ». Or, à un moment donné, cette proximité a eu ses limites d'interventions, où il a fallu que le soignant mesure une juste distance. L'apprentissage théorique et les stages effectués en formation d'infirmière visent à développer et acquérir la compétence six, qui s'intitule « *communiquer et construire une relation dans un contexte de soins* ». Alors le soignant est en mesure d'exploiter ses capacités acquises dans une situation donnée. Cependant, cela nous demande une certaine gestion des émotions pour contribuer à une juste distance. Or dans la pratique, cela peut-il avoir des conséquences sur notre attitude ?

La proximité est donc perçue comme un rapprochement, tandis que la distance est perçue comme une froideur. Cependant, cette proximité et cette distance, peuvent-elle être un reflet de notre posture professionnelle ?

2.3.La posture professionnelle.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers nous donne la définition de la posture professionnelle soignante : « *La posture est la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mise en actions (savoir-être et savoir-faire) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur la relation professionnelle avec les individus* ». (Paillard, Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2016, p. 414) Cette définition met en évidence que la posture professionnelle se compose de plusieurs éléments acquis théoriquement pour mener l'action de prendre soin.

Brigitte Portal (2012) fait une différence entre la posture et le positionnement professionnel. Cette différence serait « *un jargon professionnel à clarifier* » (Portal, 2012, p. 2), donc la

posture et le positionnement professionnel seraient deux termes à définir distinctement. Elle définit la posture comme propre à chaque soignant par son attitude personnelle. Elle décrit le positionnement professionnel de ce qui relève d'un cadre professionnel, comme instauré dans une référence professionnelle.

Elle introduit dans le positionnement, la complexité du langage professionnelle, qui serait une influence sur notre posture. Brigitte Portal (2012) cite « *ce qui compte dans le paraître, ce n'est pas le sens des mots mais leur présence* » (Portal, 2012, p. 5). A travers la position professionnelle, on comprend qu'elle induit une communication qui peut donner différents sens et significations à la posture du soignant. La fonction que l'on occupe nous imposerait à avoir un discours qui est évident pour nous, mais pas forcément pour l'autre. Autrement dit, le soignant doit utiliser un discours approprié à la personne soignée pour « *prendre soin* ». Le positionnement professionnel, par lequel se décrit la fonction que l'on occupe serait alors **imposé** à la posture au sens personnel de chacun. Le soignant serait alors mené à avoir comme une « *conduite à tenir* » qui définirait l'image de la posture professionnelle.

Donc, notre posture est guidée, comme régie par la fonction que l'on occupe. En ce sens, on comprend que le soignant forme sa posture professionnelle en associant un « **soi professionnel** » et un « **soi personnel** ».

Pour Thierry Mulin (2013), la posture professionnelle est « *une norme commune* » composée par la présentation de soi et les représentations professionnelles. Le soignant est amené à construire sa posture professionnelle en y mêlant ses caractéristiques personnelles et ses compétences liées à la profession. Il émet le fait qu'il peut y avoir une ambiguïté entre les deux termes ainsi réunis : le terme de posture et celui de professionnel. Il qualifie cela « *d'imposture* », comme une forme « *d'écart* » ou de « **compromis** » entre l'attitude personnelle du soignant et les valeurs institutionnelles. Donc, dès lors que le soignant exprime une « *norme commune* » entre son « *soi personnel* » et son « *soi professionnelle* », cela ne mènerait pas à « *une différenciation au professionnalisme* » (Mulin, 2013, p. 214).

Thierry Mulin (2013) émet le fait que le soignant doit savoir « *réguler* » sa posture professionnelle, pour être dans une « *conformité* » des attentes professionnelles. En ce sens, nous comprenons que le soignant est exposé tout au long de sa carrière à avoir la capacité de remettre en question son attitude qui est propre à lui, à ses pratiques pour être en accord avec les attendus d'un cadre professionnel.

Ainsi, le soignant doit être en mesure de montrer une présentation de soi qui fasse « *écho* » aux attentes professionnelles.

La posture professionnelle n'est pas seulement une identité propre à soi à laquelle se rajoute un savoir-faire, il s'agit aussi d'une **représentation professionnelle**, qui peut être instaurée en équipe de travail ou par l'institution.

Ainsi, pour prendre soins, le soignant est amené à savoir réguler sa posture professionnelle et mesurer une certaine distance ou proximité.

Pour résumer, le cadre théorique nous apporte des références pour prendre soin, par des notions de valeurs morales et personnelles, auxquelles s'ajoute un savoir-faire par des apports théoriques et d'expériences.

Pour une prise en charge globale, le soignant est amené à s'investir dans celle-ci. Pour cela, il peut y avoir des similitudes entre le soignant et le patient qui faciliteraient l'élaboration d'une prise en charge globale. Parfois, le soignant est confronté à des difficultés de prise en charge, auxquelles s'y instaurerait une différence entre le soignant et le patient, ce qui met en évidence un aspect sombre du soin par de la distance. Pour appliquer tout ceci, le soignant doit alors se connaître lui-même et connaître ses limites de son investissement dans le prendre soin, afin de se construire une identité professionnelle.

Donc, selon le contexte de soin, le soignant doit trouver un compromis entre sa posture au sens propre à soi et la position professionnelle comme imposée par des règles de conduite établies par un fonctionnement de service. La fonction de soignant nous envoie à l'image d'un funambule qui doit allier une concentration pour trouver un équilibre afin de marcher sur son fil, celui-ci balance d'un côté ou de l'autre pour adapter sa posture à son équilibre pour ne pas tomber de son fil. Cette image s'associe au soignant, du fait qu'il est toujours à la recherche d'un équilibre ou de se faire une réflexion sur ses pratiques pour établir une juste posture et une juste distance, afin de répondre au mieux aux besoins du sujet.

Donc le soignant est amené à appliquer sa théorie qu'il a acquise en formation, il doit prendre en compte et se référer aux règles professionnelles, il doit se construire et s'adapter. Mais alors, comment le soignant fait pour appliquer tout ceci dans sa pratique, pour être congruent à la situation de soin ?

Après l'exploration des questionnements par différents auteurs, la **question de départ définitive** est :

« En quoi la posture professionnelle de l'infirmière influence la manière de prendre soin du patient ? »

3. Enquête exploratoire de terrain.

3.1.Méthode exploratoire.

J'ai choisi d'enquêter sur le terrain auprès de différents professionnels, avec la méthode clinique, car elle apporte de nouvelles idées, ainsi que l'ouverture à d'autres pistes de réflexion. C'est une méthode qualitative avec une recherche de sens, elle *« opte pour la vérité du sujet et non pour une vérité en soi. [...] à partir d'un travail d'écoute du récit singulier, le sujet se racontant et ayant la possibilité de s'écouter se raconter »* (Vantomme, s.d.). Cette méthode a donc pour but de s'intéresser au discours singulier qui décrit la réalité du parcours professionnel des soignants, en se centrant sur la personne interrogée. Elle permet d'avoir un échange avec les infirmiers et de recueillir d'après leur discours, ce que représente pour eux la posture professionnelle dans leur pratique quotidienne.

3.2.Choix de la population.

Pour la réalisation des entretiens, j'ai choisi d'interroger individuellement cinq infirmier(e)s exerçant dans différents domaines, où le soignant peut avoir différentes approches relationnelles et posture professionnelle avec ses patients. Je me suis orientée pour les entretiens vers des hommes et des femmes, afin de connaître s'il y avait une différence dans leur façon de prendre soin, en lien avec le maternage, ainsi que dans leur posture professionnelle.

Le choix de la population s'est porté sur :

- Un infirmier libéral, exerçant au domicile des patients, amené à entrer dans l'intimité de la personne soignée et qui peut adopter différentes postures professionnelles pour adapter le prendre soin, incluant la notion de proximité et de distance.
- Un infirmier dans un service de psychiatrie, où prendre soin peut être délicat et défini par un cadre institutionnel.
- Deux infirmières, une soignante jeune diplômée et une soignante avec de l'expérience, afin de savoir s'il y a une différence avec l'expérience. Ces deux infirmières exercent

dans un service d'hémodialyse car c'est une unité où les patients sont atteints de maladie chronique et où peut donc s'instaurer une relation dans un axe de proximité et distance.

- Une infirmière récemment diplômée dans un service d'urgence, afin de comprendre comment font les soignants pour prendre soin dans un service qui prend en charge des patients sur une courte durée.

3.3.Choix de l'outil.

3.3.1. Entretiens.

Afin de comparer la problématique retenue avec la pratique réelle, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, dans le but de laisser libre la personne pour répondre aux thèmes abordés, permettant ainsi de recueillir un maximum d'éléments dans une limite de temps. L'entretien semi-directif est « *un entretien au cours duquel l'interviewer aborde une série de thèmes, à l'aide de questions préparées* » (Coilot, Jeanguiot, Peynet, & Raynert, 2014, p. 130) Il est en lien avec le sujet du travail de recherche, ainsi que sur les différents thèmes abordés dans le cadre de références. Cet outil de collecte de données permet de recueillir l'expérience vécue autour d'une rencontre individuelle et singulière. Il est construit à l'avance selon un guide laissant une grande liberté de parole, autour des différents thèmes en lien avec le cadre de références théoriques.

3.3.2. Guide d'entretien (annexes 1 : Guide d'entretiens, p. II).

L'entretien débutera par une brève introduction, afin d'obtenir plus de renseignements sur la personne (âge, ancienneté dans le service, année du diplôme), dans le but de mettre à l'aise les professionnels pour faciliter ainsi l'expression et amorcer la discussion. Ceci sera suivi d'une question inaugurale large dans le but de connaître et de comprendre de manière générale leur vision concernant le « prendre soin », et quelles notions sont engagées par les professionnels pour « prendre soin ». Cette question permettra d'ouvrir le dialogue autour de leur pensée, et pourra éventuellement mener à d'autres thèmes non abordés dans le cadre théorique, la question est :

- Que représente pour vous le « prendre soin » ?

Elle sera étayée ensuite par des questions de relance en lien avec des thèmes abordés autour de l'objet d'étude. Ces dernières seront un appui qui permettra d'orienter la personne pour

cibler et approfondir certains points, dans l'objectif de connaître comment ils définissent la proximité / distance, ainsi que leur posture professionnelle dans le « prendre soin ». Les questions de relance sont élaborées selon les thèmes suivants :

- Différences entre pratiquer un soin et prendre soin ?
- Notion de l'Ethique du Care : maternage, attention, vulnérabilité, réponse aux besoins subjectifs, prise en charge globale, autonomie, compétences, soins mutuels.
- Prendre soin et proximité / distance : familiarité, similarité, différence, expérience.
- Exemple de situation où il a fallu adapter son attitude ? Dans quel but ? A quel moment ? Quelle conséquence sur le prendre soin ?
- Disposition naturelle de prendre soin ?
- Attitude et posture professionnelle ? Quelles différences ?
 - attitude / représentation personnelle (« soi personnel »)
 - attitude / représentation professionnelle (soi professionnel »)

A la fin, pour conclure je demanderais s'ils souhaitent rajouter quelque chose sur le « prendre soin », ce qui peut relancer une discussion sur certaines notions auxquelles ils n'avaient peut-être pas songé au départ.

3.4.Mise en œuvre et déroulement des entretiens.

J'ai contacté par mes propres moyens les deux infirmiers et les trois infirmières, qui m'ont donné oralement leur accord pour recueillir leurs propos dans le cadre de mon travail de fin d'études. Ils ont souhaité me rencontrer en dehors de leur lieu d'exercice, pour faciliter le moment d'échange. Afin de recueillir leurs propos, j'ai veillé à être dans un moment propice pour mes interlocuteurs, ainsi que dans des conditions favorables, afin de ne pas être interrompus et permettre aux personnes de développer une réflexion. Chaque entretien a été enregistré avec leur accord, chacun a duré entre 12 et 30 minutes, puis retranscrit anonymement.

Lors des différentes rencontres, j'ai remarqué que chacun répondait spontanément, excepté l'infirmier en psychiatrie qui a répondu avec un temps de réflexion. A la fin, il m'a avoué avoir été mal à l'aise avec un entretien semi-directif, il aurait préféré un entretien directif. Ce n'était pas un manque de désintéressement de mon sujet, mais plutôt un manque de réponses spontanées. L'infirmière avec plus d'expérience en Hémodialyse a semblé captivée par mon sujet, puisqu'elle m'a donné beaucoup d'exemples pour illustrer ses propos. Ce qui a été plus

difficile pour moi, apprentie chercheuse, du fait qu'il fallait que je reste centrée sur le sujet. Cependant dans l'ensemble chacun a montré de l'intéressement sur le sujet, et a pu exprimer la différence entre pratiquer un soin et prendre soin. De plus chaque interlocuteur est venu naturellement sur le thème de la posture ou la proximité / distance, ce qui a permis de ne pas trop guider les entretiens, mais plutôt de revenir sur ces sujets pour essayer de les approfondir. Beaucoup d'éléments ont été apportés pour avancer dans la réflexion. Après avoir procédé à plusieurs lectures pour en dégager les thèmes récurrents évoqués par les soignants, j'ai effectué une synthèse de chaque entretien. Ceci a permis par la suite de procéder à une analyse thématique des discours, faisant l'objet d'un développement par thèmes et sous-thèmes (cf annexe 3 : grille d'analyse des entretiens).

4. Résultats des entretiens.

J'ai effectué cinq entretiens, qui ont été enregistrés afin de rendre leurs retranscriptions plus faciles. Cette dernière a été faite de manière littérale et dans son intégralité (cf annexes 2 : retranscription d'entretiens, p. III). Les noms des personnes ont été modifiés afin de garantir leur anonymat.

4.1. Entretien 1.

Robert est un infirmier de 34 ans, diplômé depuis 2009. Il a travaillé 3 ans dans un service de médecine. Depuis 7 ans, il travaille dans un cabinet d'infirmier libéral au sein du village dont il est natif. L'entretien a duré presque 15 minutes. (Cf. annexe 2. 1. Entretien 1, p III)

Robert commence l'entretien par me décrire le prendre soin, en m'expliquant que c'est une prise en charge globale en prenant en compte les éléments psychologique, physique, relationnel et environnemental. Il explique que chaque situation est subjective et évolutive dont il faut s'adapter à chacune. Pour lui en tant qu'infirmier libéral, il classe différemment chaque situation pour prendre soin : le curatif, le préventif et le palliatif. Pour lui, s'adapter ça va être au niveau du positionnement et du relationnel avec le patient, mais qui va être différent selon la situation, selon la pathologie. Robert m'explique qu'il n'était pas facile d'exercer au domicile, du fait qu'il est natif de la commune, cela a créé une certaine proximité dans la relation, dont il a fallu qu'il crée une juste distance en se positionnant comme professionnel soignant. Pour instaurer cette différence, avec l'expérience il a appris à dire « non », dans le but de se protéger lui-même. Selon lui, dire oui à tous les besoins du patient,

aurait un effet néfaste autant pour le patient, puisque ça ne favoriserait pas l'autonomie, mais aussi pour le soignant, dans le sens où ce dernier perdrait son empathie envers les patients. Dire oui, serait aussi prendre sur soi, dans le sens où le soignant ferait au-delà de sa pratique soignante. Robert m'explique que le « non » permet de se fixer des limites pour instaurer une distance thérapeutique, mais aussi pour mettre un cadre et se situer dans un positionnement professionnel qui s'impose au soignant. Selon lui, se référer à un cadre professionnel est rassurant et permet de se centrer sur l'objectif thérapeutique et relationnel. Il ajoute à sa posture un savoir-être auquel il y mêle des règles de politesse, ainsi qu'un savoir-faire par des règles professionnelles et de technique de soins. Il termine l'entretien, en m'expliquant que l'adaptation à chaque patient n'est pas facile, elle se construit et se réajuste en fonction de chacun.

4.2. Entretien 2.

Tristan est un infirmier de 31 ans, diplômé depuis 2013. Il a travaillé 2 ans dans le pool d'un hôpital de secteur. Depuis 5 ans, il travaille en psychiatrie dans une unité d'accueil crise ouverte. L'entretien a duré environ 12 minutes. (Cf. annexe 2.2. entretien 2, p VI)

Tristan commence l'entretien en m'expliquant que le prendre soin est une prise en charge d'une façon globale, qui intègre plusieurs facteurs, tels que l'empathie, le psychologique, des notions de transfert et contre-transfert. Pour lui, prendre soin comporte des limites, dans le sens où le soignant doit faire la différence entre les besoins ou les envies du patient. Répondre à une envie, peut-être un obstacle dans le prendre soin, cela ne serait pas aider le patient dans son autonomie. En psychiatrie, il est important d'avoir une juste distance et d'être honnête avec le patient, pour créer un rapprochement avec la personne afin d'établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique. Il lui arrive d'utiliser comme outil de communication le tutoiement ou le vouvoiement, tout en sachant rester prudent pour ne pas être dans un excès de rapprochement ou d'éloignement, ce qui pourrait être néfaste à l'égard du patient comme pour le soignant. Il évoque qu'en début de carrière, on peut faire des écarts, on ne se rend pas forcément compte que l'on est dans la familiarité. Il considère que les éléments acquis en formation sont nécessaires pour arriver à reposer un cadre. Selon lui, le soignant prend soin de façon intuitive, mais ceci évolue avec l'expérience. Il appuie sur le fait que le soignant doit prendre en compte la personne et non la pathologie, tout en sachant se positionner professionnellement. Il considère qu'en psychiatrie l'équipe soignante doit avoir une attitude commune, avec des règles de conduite identique pour le bien-être du patient. Il souligne

l'importance d'être prudent dans la notion du contre-transfert dans le prendre soin, sur le fait de ce que nous renvoie le patient, qui peut-être du positif ou du négatif, auquel tout soignant est confronté de manière inconsciente, mais qui peut troubler la prise en charge.

4.3. Entretien 3.

Christelle est une infirmière de 62 ans, diplômée depuis 1979. Elle a exercé 18 ans dans un service de réanimation, puis elle a été 5 ans infirmière libérale, et depuis presque 18 ans elle travaille en hémodialyse. L'entretien a duré environ 30 minutes. (Cf. annexe 2.3. entretien 3, p VIII)

Christelle commence l'entretien en m'expliquant que le prendre soin englobe autant le soin dit technique, que le savoir-être avec le patient, ainsi que le côté relationnel, ce qui induit notre attitude soignante. Selon elle, si on maîtrise et qu'on organise son soin technique, on va être plus disponible et à l'écoute pour répondre aux besoins du patient, de même si l'on a des difficultés techniques, cela aura une répercussion sur la prise en compte de notre patient. Elle considère un soin réussi, si son patient est apaisé, détendu, mais pour elle ce n'est jamais acquis, puisque chaque personne est un être humain, et chaque situation de soins est unique. Tout ceci est en mouvance à chaque instant dont il faut s'adapter, en fonction des besoins du patient et de la complexité du geste technique à accomplir. Dans sa pratique, pour prendre soin, Christelle passe par la communication, l'information, l'observation, l'écoute, l'attention, l'accompagnement et inclut le patient dans le soin. Selon elle, il y a une part d'inné et de générosité chez le soignant pour s'investir dans une prise en charge d'un patient, qui ne s'explique pas, car cela est une composante entre l'un et l'autre. Christelle explique sa méthode pour adapter sa juste distance pour se sentir plus à l'aise pour prendre soin, c'est d'anticiper sa prise en charge en prenant du recul pour savoir comment elle va s'investir auprès du patient. Cela fait partie de notre métier de soignant de devoir s'adapter à tout, au patient, à la situation de soin, à l'organisation, mais aussi de se questionner sur cette juste mesure de chacun. Elle avoue être tactile lorsque cela est nécessaire pour rassurer et transmettre de la tranquillité au patient. Elle appuie sur le fait que le soignant doit rester neutre dans toute situation pour prendre soin, en instaurant une distance pour se protéger lui-même du risque du contre-transfert, de ce que nous renvoie le patient. C'est dans ce sens qu'elle définit la distance pour le soignant, dans la gestion de nos émotions, mais aussi de notre propre humeur, pour être plus performant dans toute situation de soin. Pour instaurer sa

posture professionnelle, Christelle est tout le temps dans la composition de son attitude, entre ce qu'elle va y mettre d'elle-même et de ce qui va dépendre de références professionnelles et de l'organisation. Cependant, selon le comportement de certains patients, elle impose un positionnement professionnel pour éviter trop de familiarité, et instaurer une relation soignant / soigné dans un cadre thérapeutique. Selon elle, si l'on ne se réfère qu'à des références techniques pour prendre soin, sans prendre en compte le contexte, alors cela induirait un épuisement, une frustration chez le soignant. C'est pour cela qu'il faut composer entre tous les éléments du patient, notre savoir-être et notre savoir-faire. Même si elle approche de la fin de sa carrière, savoir quelle attitude elle va adopter pour prendre soin demeure aujourd'hui encore une réflexion de chaque instant et pour chacun.

4.4. Entretien 4.

Marine est une infirmière âgée de 27 ans. Elle travaille en hémodialyse depuis l'obtention de son diplôme en 2016, et fait quelques missions d'intérim en parallèle. L'entretien a duré environ 25 minutes. (Cf. annexe 2.4. entretien 4, p XIV)

Marine m'explique que prendre soin est une prise en charge globale du patient, ce n'est pas seulement prendre en compte sa maladie, mais aussi son histoire de vie, ses capacités physiques et intellectuelles. Pour elle, c'est évolutif avec l'expérience, avec une part de naturel chez le soignant. Elle y ajoute la notion de bienveillance, à laquelle elle y attache une réelle importance pour prendre soin, au niveau d'un relationnel construit, de la bienveillance en équipe, mais aussi sur le fait de respecter les personnes en s'adressant à elles comme à des adultes, sans les brusquer pour être bienveillant et favoriser leur autonomie. Elle explique que prendre soin va au-delà du moment de la prise en charge d'un patient. C'est aussi dans les moments d'échange en équipe. C'est une bienveillance en continue pour éviter de ne pas fausser la prise en charge d'un patient. Pour répondre au mieux aux besoins du patient, Marine s'identifie à eux pour comprendre ce qu'ils vivent, que cela fait partie de notre métier d'avoir de l'empathie. Selon elle, en début de carrière on est un peu naïf, on pense tout bien faire, on cherche à avoir de la similitude avec le patient sans penser à mettre une limite. Suite à une première expérience, pour laquelle elle n'avait pas senti que la relation était trop rapprochée, elle a appris à prendre du recul, elle s'est remise en question pour savoir comment bien agir et définir un équilibre d'une juste distance. Dans une prise en charge au long terme d'un patient, cet équilibre n'est pas facile, du fait qu'il y a une familiarité qui s'installe entre le soignant et le patient, il faut aussi savoir adapter son comportement, car le patient ressent

tout à travers notre attitude. Marine associe cette relation de proximité à une relation de couple, s'il y a trop de familiarité ou à l'inverse trop de distance, cela peut avoir des conséquences néfastes dans la bienveillance. Pour Marine, la juste distance est dépendante à chaque patient et à chaque soignant, elle s'adapte en fonction de l'humeur et de la personnalité de chacun, du contexte de soin. Elle évolue dans sa réflexion sur sa posture professionnelle, dans le sens où elle cherche à allier son attitude personnelle avec son attitude professionnelle. Lorsque la situation la dépasse, elle se réfère à ses collègues. Elle évoque une situation où il a été nécessaire de discuter en équipe afin de convenir d'une attitude professionnelle commune pour la prise en charge d'une patiente. Elle met en avant qu'il est difficile d'accorder une équipe pour adopter une attitude commune pour prendre soin, dans le but de satisfaire les besoins du patient sans que cela ne devienne un épuisement pour le soignant. Marine finit l'entretien en m'expliquant que pour prendre soin il faut être à l'écoute du patient, en connaître ses besoins et être dans la communication. Le soignant doit savoir être professionnel en sachant prendre sur soi et doit faire preuve d'une maîtrise de soi pour gérer au mieux les situations de soins difficiles et stressantes. Mais lorsqu'on arrive à satisfaire le bien-être du patient cela devient un soin mutuel.

4.5. Entretien 5.

Marie, une infirmière de 24 ans, diplômée depuis Juillet 2019. Depuis 6 mois elle travaille dans le service des urgences d'un hôpital de proximité. L'entretien a duré environ 25 minutes. (Cf annexe 2.5. Entretien 5, p XX)

Marie m'explique que prendre soin, c'est prendre en charge une personne dans sa globalité, en prenant en compte non pas seulement le soin en lui-même, mais aussi son histoire de vie, ses antécédents, ainsi que le contexte d'hospitalisation qui génère de l'anxiété chez les patients. Prendre soin aux urgences, selon Marie, c'est aussi s'adapter à chaque personne dans un temps réduit pour diminuer son stress et favoriser ainsi sa prise en charge. Au début, en tant que jeune diplômée, elle est plus sur le soin technique. Puis petit à petit avec la maîtrise du soin se forme le relationnel avec le patient. Marie m'explique que les besoins des patients sont identiques aux urgences, les patients ont besoin d'être rassurés. Son but est dans un premier temps de détendre la personne en créant un climat de confiance et d'apaisement. Pour y parvenir elle cherche des points communs qu'elle peut avoir avec le patient, comme ses origines, des petites techniques pour les enfants, elle réfléchit à l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement pour les personnes jeunes, ceci pour permettre une relation de proximité dans

le soin, qu'elle apparente à une égalité entre chacun. Elle pense qu'avec l'expérience, elle pourra instaurer une juste distance, mais que pour l'instant si elle avait à prendre en charge un patient qui lui soit familier, elle ne sait pas comment elle réagirait. Elle pense que là, il faudra poser des limites, car trop de proximités peuvent l'affecter. Chez certains patients, la relation de confiance va être plus difficile à instaurer, alors elle va moins s'investir dans la relation, elle sera plus en retrait. En tant que jeune infirmière et jeune diplômée, pour construire sa posture professionnelle elle s'identifie à ses collègues, mais elle ne sait pas encore comment définir son positionnement professionnel qui évolue au fil des jours. Pour prendre soin, Marie adopte une attitude bienveillante, elle adapte son comportement, sa communication selon la population soignée. Elle met beaucoup de son attitude personnelle pour prendre soin, auquel elle réfléchit pour bien faire. Elle qualifie cela de savoir-être qui est plus difficile à acquérir que le savoir professionnel. Elle décrit qu'aux urgences c'est compliqué de prendre du temps pour le patient et de pouvoir personnaliser son soin. Cependant certains patients compatissent à ces difficultés liées au lieu, qu'elle apparente à de la bienveillance du patient envers le soignant.

5. Analyse thématique des entretiens.

Après lecture des entretiens, plusieurs thèmes et sous-thèmes en lien avec le cadre de références ont été retenus. (cf annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens, p. XXV)

Le thème de « prendre soin », avec les sous-thèmes :

- Définition de prendre soin.
- Prendre soin, c'est répondre aux besoins subjectifs.
- Prendre soin, c'est favoriser l'autonomie.
- Prendre soin, c'est s'apporter mutuellement.
- Prendre soin et expériences professionnelles.

La distance et la proximité réunissent les sous-thèmes :

- L'excès de distance.
- Juste distance.
- Excès de proximité.
- Notion de similarité soignant / soigné.

La posture professionnelle, se relie avec les sous-thèmes retenus :

- Attitude personnelle (« soi personnel »).

- Attitude professionnelle (« soi professionnel »).
- Positionnement professionnel.
- Influence sur le prendre soin.

5.1. Prendre soin.

5.1.1. Définition de prendre soin.

On remarque que certains éléments en lien avec le cadre théorique se dévoilent dans le discours des soignants pour prendre soin. Chacun s'accorde à dire que c'est une prise en charge globale qui ne se limite pas qu'à la pratique du soin. Il faut y joindre le relationnel, l'environnement, le physique et le psychique. Ce qui s'identifie à la définition de Michel Nadot, en ce qui concerne la prise en compte de tous les aspects qui entourent le patient

« Prendre soins relève d'une activité tridimensionnelle, il faut en effet prendre soin de l'humain à tous âges de la vie ; prendre soin de la vie du groupe, car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté, et prendre soin de la vie du domaine, (c'est-à-dire de l'environnement du soin) notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestique ». (Paillard, 2013, p. 663).

Christelle définit le prendre soin sans dissocier la technique de tout ce qui entoure le patient (E 3, L. 32-33-34). Elle ajoute que « *c'est de la générosité entre guillemets le soin* » (E 3, L. 100), ainsi que « *la notion de soin s'accompagne de cette forme de neutralité aussi* » (E 3, L. 260). Ce qui s'apparente au métier considéré comme une vocation, décrit par la théorie du « Care » de Zielinski. Tristan (E 2, L.32) et Marie (E 5, L. 185-186) mettent en évidence que le patient n'est pas juste une pathologie, mais une personne singulière, ce qui rejoint la théorie de « *l'éthique du care* », sur le fait qu'il ne faut pas considérer le patient comme objet du soin. En psychiatrie, Tristan complète la définition, en disant que « *c'est mettre du sens à nos actes* » (E 2, L. 85). Le discours de Marie (« *on s'adapte à la personne dans sa globalité* » E 5, L. 80), en service d'urgence, se lie à la capacité adaptative du soignant décrit par Eric Delassus. Marine rajoute « *c'est respecter la personne* » (E 4, L. 13-14) tout au long de sa prise en charge. Ce qui nous renvoie à « *la politique du Care* » de Delassus, sur le fait qu'il faut prendre en compte les règles et les lois pour prendre soin.

Prendre soin c'est prendre en compte tous les aspects de la personne, dans le respect du sujet. C'est pour les soignants, mener une réflexion éthique et répondre aux besoins du patient en s'adaptant aux situations diverses.

5.1.2. Prendre soin, c'est répondre aux besoins subjectifs.

« *L'éthique du Care* » met en avant le fait que prendre soin c'est aussi être attentif aux besoins individuels du patient. Ce qui s'accorde avec le discours des soignants, puisque tous évoquent que cela dépend de chaque patient, ainsi que de la situation. Ce qui place le patient au centre de sa prise en charge comme un sujet et non comme un objet du soin. Chacun porte de l'attention au patient à sa manière, avec de l'empathie pour l'infirmier en psychiatrie c'est « *comprendre ce qu'il ressent* » (E 2, L.8) et pour Marine, c'est s'identifier au patient : « *mais enfin comment on serait nous face à ça* » (E 4, L.193), et il « *y a le côté soin et bienveillance du coup, bientraitance, et du coup le côté relationnel* » (E 4, L. 6-7). Christelle, qui a plus d'expérience, passe par l'écoute du patient, c'est être « *attentif, tu regardes, tu écoutes... Donner de l'attention* » (E 3, L. 214-215). Il est intéressant de voir qu'en psychiatrie, l'infirmier fait une différence entre répondre à un besoin ou une envie (« *on peut pas répondre à tous les besoins, enfin il faut faire la différence entre besoin et envie* » E 2, L. 76-77). En service d'urgence, où la prise en charge est plus courte, Marie décrit que « *les patients ont toujours à peu près les mêmes demandes* » (E 5, L. 190). Elle met en avant que dans un premier temps le besoin du patient en urgence c'est d'être rassuré, et donc pour le soignant c'est donner de l'attention par de la réassurance (« *Les patients sont détendus et nous ça permet de faire nos soins dans un bon climat* » E 5, L. 41-42). Au domicile l'infirmier libéral explique que les patients n'auront pas les mêmes besoins, « *Tout dépend de l'objectif thérapeutique, si c'est un curatif ou si on est en préventif* » (E 1, L. 5-6).

On remarque que pour chaque service, répondre aux besoins subjectifs, c'est aussi s'adapter à la demande de chaque patient. Christelle souligne qu'il « *y a des gens qui ont pas envie, tu vas pas plus loin* » (E 3, L.183), il faut savoir être discret sans faire intrusion auprès du patient qui n'a pas de besoin particulier ce jour-là.

Nous relevons donc ici les notions d'attention, de bienveillance, portées à la personne, entraînant la nécessité de s'adapter de manière singulière au-delà de la pathologie.

5.1.3. Prendre soin c'est favoriser l'autonomie.

Dans le cadre de référence développé, les auteurs s'accordent à dire que prendre soins c'est aussi viser à développer l'autonomie de la personne. Dans les propos des professionnels sur le terrain, il en ressort la prise en compte de cette notion d'autonomie en identifiant les besoins pour chaque patient. Selon eux, préserver ou restaurer l'autonomie fait partie intégrante de notre rôle de soignant. L'infirmier libéral se situe plus dans un rôle éducatif (« *l'éduquer à sa*

prise en charge » E 1, L.8), l'infirmier en psychiatrie va dans le même sens en disant « *On va pas rentrer dans les envies bêtement, il faut qu'on mette du sens derrière* » (E 2, L. 84-85). Tandis que l'on ressent plus de douceur dans les propos des deux infirmières en hémodialyse concernant la prise en compte de l'autonomie. Pour Christelle c'est « *l'accompagner dans le soin* » (E 3, L. 47-48), « *Parce que derrière, c'est lui le soin* » (E 3, L.91). Pour Marine, il s'agit « *de les prendre comme des adultes, voilà ! Leur autonomie, fin tout ça c'est de la bienveillance* » (E 4, L.23). Il semblerait que les propos des infirmières relèvent plus de l'instinct maternel, du maternage (attention, bienveillance). Ceci peut être mis en lien avec le rôle de soignant attribué à la femme du point de vue historique. C'est ce que développe d'ailleurs, Agata Zielinski. Cependant on constate, que l'infirmière aux urgences a du mal à trouver les ressources pour développer l'autonomie, du fait que la prise en charge est de courte durée, ainsi que le contexte de l'hospitalisation qui est anxiogène (« *c'est difficile de trouver la clé* » E 5, L. 24).

Prendre soin pour favoriser l'autonomie passe par l'analyse des réels besoins des patients avant tout. Le prendre soin peut ainsi se révéler sous plusieurs formes.

5.1.4. Prendre soin, c'est s'apporter mutuellement.

Les soignants sont dans une optique de vouloir bien faire leurs actes, mais aussi dans leur prise en charge globale individuelle. Pour cela, chacun a en quelque sorte un objectif pour considérer un soin comme réussi. Pour trois d'entre eux, le but c'est que ça se passe le mieux possible (E 1, L. 12°, E 2, L. 36°, E 5, L. 63) et les deux autres sont dans l'accompagnement du patient. Cependant pour tous, prendre soin c'est aussi dans le but de recueillir une satisfaction de leur soin accompli. C'est un soin à deux comme l'affirme Agatha Zielinski.

On remarque qu'en hémodialyse, les deux infirmières sont plus investies sur la durée du soin auprès du patient, et éprouvent un sentiment positif lorsque le soin se passe bien. Christelle considère qu'un soin est réussi, si le patient est inclus dans ce dernier, comme si elle travaillait en binôme avec lui « *on a bien bossé ensemble* » (E 3, L. 203). Marine exprime une certaine jouissance « *quand ça se passe bien on est content... ouais, ça valorise « ouais » aussi... On a fait du bon travail* » (E 4, L. 263-264).

Nous pouvons donc penser que si le soin est abouti, il est un élément positif qui valorise le soignant. C'est un apport mutuel.

5.1.5. Prendre soins et expérience professionnelle ?

Tous les soignants évoquent les compétences professionnelles au niveau de la technique qui une fois acquis, permet la prise en compte de tous les aspects autour du patient. Le prendre soin semble être influencé par l'expérience professionnelle de chacun d'eux, mais aussi par leur âge. Marie, diplômée depuis quelques mois aux urgences et Marine infirmière depuis 4 ans, expliquent qu'après avoir pris de l'assurance sur le plan technique, vient par la suite la prise en compte du patient : « *le premier on va faire comme ça, le deuxième on va continuer à faire comme ça, mais le troisième on va peut-être plus discuter avec le patient* » (E 5, L. 132-133), puis « *c'est venu naturellement* » (E 4, L.85). Pour l'infirmier en psychiatrie, ça peut être intuitif avec l'expérience de prendre soin (« *ça peut-être intuitif, mais avec l'expérience, c'est vrai que 'euh' qu'on va apprendre plus, c'est allier le patient au soin* » E 2, L. 97-98). Pour Christelle qui a plus de 40 ans d'expérience, on peut avoir des compétences mais il y a aussi une part d'inné chez le soignant qui ne s'explique pas (« *tu peux te poser la question de : pourquoi je suis infirmière ? Ça c'est un peu de l'inné. Et là moi, j'ai pas de réponse encore !* » E 3, L.85-86-87). Ce qui relève de l'inné est naturel, propre à chaque personne. Néanmoins il ne faut pas dissocier ce qui est acquis en formation de ce qui relève de l'inné. Ce sont deux dimensions qui sont complémentaires et qui construisent nos compétences pour prendre soin.

Zielinski et Delassus décrivent le prendre soin au travers de l'éthique du Care, qui rassemble plusieurs dimensions pour une prise en charge globale du patient. L'aspect biomédical ne peut suffire, il est nécessaire de tenir compte de la dimension subjective. Cela nécessite des compétences, développées entre autres par l'expérience. Nous constatons que cela illustre bien les propos des professionnels.

5.2.Distance et proximité.

5.2.1. Excès de distance.

Salomon Nasielski nomme « *différence* » un excès de distance entre le soignant et le soigné, qui peut être perçue comme un désintéressement de la part du soignant. Pour autant, lors des entretiens cette différence n'est pas perçue comme du négatif, mais s'inscrit plutôt dans une zone de prudence. Tristan considère que « *ça peut poser problème, trop éloigné aussi* » (E 2, L. 17). Pour l'infirmier libéral qui exerce dans la commune dont il est natif, il s'agit « *d'ajustement au niveau de la relation* » (E 1, L. 123), du fait qu'il y a une distinction entre la

personne que les patients connaissent et le professionnel (E 1, L. 43-44). Chez les trois soignantes, la différence se situe chez certains patients au niveau du comportement ou des propos déplacés envers les femmes (E 5, L.43-44-45°, E 4, L. 125-126°, E 3, L. 95-96-97). La différence va aller plutôt dans le sens où elles devront recadrer dans le but de replacer la relation dans un contexte de soin (E 4, L.66-67). On remarque que pour les deux infirmières plus jeunes, cela va être plus difficile à gérer, elles montrent plus de réticences pour prendre soin, comme le décrit Marine « *du coup je suis un peu plus froide* » (E 4, L. 77) et Marie va « *être en retrait* » (E 5, L. 48). Christelle ajoute que cette prise de distance, peut être en fonction de l'humeur de chacun, de nous, de l'autre, « *Y a des jours ils ont pas besoin, pas envie, alors tu dis que t'es là ! Puis c'est tout !* » (E 3, L. 218-219). Puisqu'effectivement nous pratiquons un métier au contact de l'être humain. Pour Christelle, « *c'est en prenant du recul* » (E 3, L.116) que l'on va pouvoir s'adapter « *pour mieux diriger ton soin* » (E 3, L. 117), ce qui s'apparente aux propos de Salomon Nasielski sur le fait que le soignant doit mener une réflexion afin de mesurer son investissement.

Chaque soignant doit ajuster en permanence la distance qu'il met avec les patients, allant même, pour un soin pertinent, à appliquer un écart important.

5.2.2. Juste distance.

Pascal Prayez décrit bien la pensée des soignants, en disant qu'une juste distance est une construction au fil du temps entre les savoirs et l'expérience. Tous mettent en avant le caractère évolutif au cours de leur carrière, pour instaurer une juste distance. Cependant chacune explique les éléments qui lui sont nécessaires pour une juste distance. L'infirmier en psychiatrie parle de la notion de prudence, il faut « *ajuster sa distance* » (E 2, L. 16), selon lui « *avec l'expérience qu'on est plus à même de « ben » de se rapprocher d'un patient* » (E 2, L.39-40). Pour l'infirmier libéral, la juste distance définit une qualité des soins (E 1, L.48). C'est « *apprendre à dire 'non'* » (E 1, L.60) pour établir une distance thérapeutique. Les propos de Christelle rejoignent ceux de Marine, elles émettent que la juste distance est un équilibre fragile difficile à instaurer (E 3, L.64°, E 4, L. 43), et qui s'accompagne d'une forme de neutralité sur les émotions (E 3, L. 264-265°, E 4, L.120). Ceci va dans les sens de Pascal Prayez en ce qui concerne la connaissance de soi même pour établir une juste distance. Les trois infirmières ajoutent la notion d'adaptation. Cette dernière, selon Chantal Jouteau Neves¹ (Formarier, 2012) fait partie d'un mécanisme régulateur. Ceci résulte de la composante de

¹ Cadre supérieur de santé, spécialiste clinique

l'être humain pour trouver des ressources et rechercher un équilibre, afin de faire face à un contexte inhabituel. Comme le décrit Christelle, s'adapter pour une juste distance : « *est la composante d'un tas d'événements de tous les jours, toujours... De toi, de l'autre* » (E 3, L.79-80).

Être dans la juste distance c'est rechercher un équilibre entre la connaissance de soi-même et la connaissance de l'autre. Ainsi que les soignants peuvent mieux s'adapter aux besoins de la personne.

5.2.3. Excès de proximité.

Les soignants définissent l'excès de proximité par la familiarité, par laquelle il en ressort cette notion de prudence qui s'apparente à la zone de prudence de Nasielski. Pour l'infirmier libéral et l'infirmier psychiatrique, trop se rapprocher serait un élément négatif pour le soignant (E1, L. 63°, E2, L 17), qui « *peut créer des nuisances dans le soin* » (E1, L.50). L'infirmier en psychiatrie ajoute le transfert et le contre transfert, qui sont des éléments de prudence amenant à un excès de proximité, dont il faut prendre garde, car par la suite « *pour reposer le cadre etc... C'est compliqué* » (E2, L. 30). Christelle qui a le plus d'expérience, est prudente dans la relation, elle considère qu'avoir un petit geste envers le patient est dans le but de le réassurer (E3, L.192). Marine quant à elle, explique qu'au début elle pensait bien faire, sans forcément mettre une limite à l'excès de proximité (E4, L.144-145-146). Cependant, elle avoue que certaines situations de soins sont difficiles à gérer en tant que jeune infirmière, comme une personne « *très tactile je sais pas, voilà ! Le stress !* » (E4, L. 136). Elle ajoute que la prise en charge des patients chroniques mène à une familiarité, qui pour elle, ne fait pas partie du côté bienveillant de prendre soin (E4, L. 46-47). Pour Marie, aux urgences « *on travaille sur de l'humain, donc y aura toujours des limites et aussi parce que nous-mêmes on est humain ! On a nos propres limites en tant que : physique et morale* » (E5, L.150-151), ce qui s'accorde à la définition de la proximité / distance d'Antoine Bioy, du fait qu'il s'agit de s'intéresser à l'espace et aux distances entre tous les acteurs du soin.

La proximité peut être utile mais est très souvent vue comme négative, demandant aux professionnels d'agir avec prudence.

5.2.4. Notion de similarité soignant-soigné.

Dans le discours des soignants, nous relevons que chacun cherche une forme d'identification à l'autre par différents moyens, et ce, pour faciliter la relation. Marie, cherche un point

commun avec le patient pour « *mettre une relation de confiance avec le patient et ça va « ben » du coup, on va pouvoir discuter un peu plus, parler de choses et d'autres* » (E5, L. 38-39-40). Marine identifie la relation soignant / soigné « *comme un couple* » (E4, L. 62). Christelle, met en évidence que pour trouver une similitude avec le patient il faut communiquer, « *aller vers lui doucement* » (E3, L. 43), sans oublier que « *en face de toi, tu as quelqu'un qui est humain, et toi-même tu es humain* » (E3, L. 70-71). Pour l'infirmier libéral, connu de ses patients c'est déjà une similitude rassurante de « *voir un visage commun* » (E1, L. 121). L'infirmier en psychiatrie, explique qu'il peut y avoir « *une similitude positive ou même négative* » (E2, L. 49), ce qui est en lien avec le contexte de certaines pathologies psychiatriques qui nécessitent une prudence extrême de la part du soignant au niveau de la relation pour éviter un transfert du patient. L'infirmière aux urgences, ainsi que l'infirmier en psychiatrie (E2, L. 19-20) se rejoignent dans leur discours sur l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement comme un outil de communication selon la nécessité. Ceci pour trouver une similitude et établir une relation de confiance. Pour Margot Phaneuf² (Phaneuf, 2019) le « tu » ou le « vous », sont des mots de politesse à utiliser avec prudence pour simplifier les rapports humains. Cependant pour l'infirmière aux urgences, l'usage de ces pronoms nécessite une réflexion préalable et s'ajuste pour chaque patient : « *j'ai du mal des fois à me dire est-ce que je reste dans le vouvoiement... Surtout quand, en fait, c'est surtout quand on a quelqu'un de jeune face à nous* » (E5, L. 156-157). En outre, le discours des soignants reflète les affirmations de Prayez qui définit l'identification à l'autre comme un mouvement imaginaire, ainsi que celles de Naseilski sur le fait que chacun a son moyen personnel pour rechercher des repères identitaires communs.

Prendre soin demande d'établir une relation. Souvent elle est initiée par la recherche d'un élément d'identification à l'autre, mais néanmoins cela requière encore de la réflexion et prudence pour ne pas tomber dans la familiarité, qui peut s'avérer préjudiciable pour les prises en soins ultérieures.

² Margot Phaneuf est infirmière, professeur en sciences humaines

5.3. Posture professionnelle.

5.3.1. Attitude personnelle (« soi personnel »).

Parler de son attitude personnelle pour prendre soin, ramenait souvent au sujet de proximité / distance. Les professionnels adaptent leur attitude personnelle en fonction de chaque personne et du contexte de soin. Celle de l'infirmier libéral sera dépendante en fonction des personnes. « il y a « euh » une sphère d'éléments chez chaque individu » (E1, L. 98). Christelle, ajoute que c'est une « dimension humaine qu'on a ou qu'on a pas, ou moins ou plus » (E3, L. 224-225). S'adapter c'est aussi porter une réflexion pour s'acclimater à l'individu lui-même et à son environnement. Christelle se remet en question avant de prendre soin d'une personne : « comment je positionne avec la personne ce jour-là, à tel moment, compte tenu des événements autour » (E3, L. 67). Marine, rejoint le point de vue de Christelle, « il faut être prêt ce jour-là » (E4, L.224) et y ajoute la notion de bienveillance dans son attitude (E4, L. 40-41). L'infirmier en libéral expose que « c'est aussi une qualité importante de savoir s'adapter » (E1, L.105). Ceci illustre ce que dit Thierry Mulin, le soignant doit savoir réguler sa posture professionnelle, en ayant la capacité de remettre en question son attitude. Marie, jeune diplômée, qualifie l'attitude personnelle comme « le savoir-être, est le plus difficile à acquérir » (E5, L. 138-139). L'expérience professionnelle est donc un critère essentiel pour la gestion de notre savoir-être. Elle met en avant la problématique de la prise en charge à court terme aux urgences : « c'est vrai que des fois, de se dire : on va essayer de mettre un peu de personnalité, de personnalisation dans chaque soin, mais je sais que c'est un peu compliqué des fois aux urgences » (E5, L. 198-199-200), sans que cela ne la gêne particulièrement dans sa pratique pour prendre soin. C'est ce qu'avance Mulin, sur le fait qu'il peut y avoir un compromis entre le soi personnel et le soi professionnel, sans pour autant être une différenciation, mais plutôt considérer ces deux éléments comme deux notions formant une norme commune. Tristan et Marine exposent un élément nouveau, c'est le reflet de nos émotions à travers notre comportement que le patient peut percevoir, pour cela « On va pas mentir au patient, on va dire la vérité au patient » (E2, L. 94-95), « il faut être franc, il faut être vrai, en fait ! Parce que le patient il le sent, en fait si c'est faux. » (E4, L. 183-184). L'attitude personnelle est aussi une adaptation de soi-même au patient, qui demande néanmoins de la neutralité.

5.3.2. Attitude professionnelle (« soi professionnel »).

Au travers des propos des soignants, il apparaît que l'attitude professionnelle est une adaptation à l'attitude personnelle, ce qui est en lien avec ce qu'énonce Mulin, qui précise que le soignant montre une attitude personnelle qui fait écho aux attentes professionnelles. Christelle explique qu'il faut composer entre le savoir-être et le savoir-faire, « *y a tout ton savoir-professionnel « euh », tout ce que tu vas avoir à acquérir, et après y a une part de toi* » (E3, L. 142-143). On remarque que le soi professionnel est évolutif pour les plus jeunes infirmières interrogées. Elles s'accordent à dire qu'en début de carrière on est novice pour construire son attitude professionnelle. Marie, jeune diplômée, prend exemple sur ses collègues pour « *créer petit à petit notre posture au fil des jours* » (E5, L. 101-102) et Marine explique : « *en tant que professionnelle, j'avais ce côté très naïf* » (E4, L. 125). Pour l'infirmier libéral, qui a la particularité d'être connu de ses patients, il est important de « *mettre des limites en tant que professionnel* » (E1, L.40-41). Pour adopter une attitude professionnelle, il se réfère à un cadre professionnel, qui pour lui est « *rassurant* » (E1, L. 78). En psychiatrie, l'infirmier oppose son discours aux autres soignants, il s'accorde avec les propos de Brigitte Portal. Cette dernière explique que les soignants ont une position professionnelle qui s'impose à leur attitude personnelle. Tristan m'explique que le contexte des lieux oblige le soignant à avoir une attitude professionnelle plus ferme, qui se construit en équipe, « *on est quand même assez rigide pour pas que ça déborde* » (E2, L. 63-64). Nous pouvons en déduire que nous avons à composer avec notre soi personnel et notre soi professionnel.

5.3.3. Positionnement professionnel.

Le positionnement professionnel est décrit dans le discours des soignants comme une conduite professionnelle à tenir. Marie, la plus jeune infirmière, a du mal à exposer comment elle se positionne comme professionnelle. Elle explique qu'elle est encore dans une transition entre son statut d'étudiante et son nouveau statut de professionnelle (E5, L. 143-144-145). Ce qui confirme les propos de l'infirmier libéral, la position soignante va être variable selon l'expérience et la relation que l'on entretient avec le patient (E1, L. 113-114-115). Christelle, qui a le plus d'expérience, explique que le soignant est obligé d'avoir une position professionnelle avec les réglementations du service, qu'elle qualifie « *d'organisation* » (E3, L. 153), « *pour que ça tourne* » (E3, L. 249). Elle ajoute que « *c'est de l'adaptation pour chaque personne* » (E3, L. 220), que cette position soignante s'impose à certains patients qui

manquent de respect « *donc t'es obligé de rappeler à l'ordre* » (E3, L. 238). L'infirmier en psychiatrie explique que c'est une position qui se construit en équipe, « *il faut qu'on aille tous dans la même ligne de conduite* » (E2, L. 56), pour respecter le « *fonctionnement dans une unité* » (E2, L. 55). Le discours des soignants se conforte ce que dit Portal, sur le fait que la fonction que l'on occupe s'identifie à « *une conduite à tenir* ».

Si la posture est une adaptation entre le soi personnel et le soi professionnel, le positionnement lui s'impose.

5.3.4. Influence sur le prendre soin.

Pour que cela se passe au mieux dans le prendre soin, les soignants puisent dans leurs ressources personnelles pour adapter leur posture. Tous disent qu'ils allient leur soi personnel et leur soi professionnel pour établir une norme commune entre ces deux. Christelle explique qu'on est « *toujours dans cette mouvance, pour moi c'est jamais fini, c'est jamais défini* » (E3, L.18). Pour Robert, l'infirmier libéral, il n'y a « *pas de grande recettes* » (E1, L.122). Certains facteurs peuvent induire notre posture et peuvent avoir des conséquences sur le prendre soin. Selon Christelle, c'est la « *difficulté technique* » (E3, L. 13) et selon Marine, c'est selon notre propre humeur qui est indissociable de l'être humain (« *c'est pas facile, parce qu'on est un peu fatiguée, stressée, qu'on a pas le temps* » E4, L. 21). Cependant, on remarque qu'en psychiatrie, la posture est plus une conduite à tenir en tant que professionnel. Tristan met souvent en avant la notion de prudence, qui peut « *troubler la prise en charge* » (E2, L. 71). On remarque que la femme, contrairement à l'homme, va imposer un cadre, un positionnement soignant, créer une distance lorsque cela est nécessaire pour replacer certains patients dans le contexte de soin. En outre, la vision des soignants concernant la posture professionnelle rejoint celle énoncée dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, portant sur « *la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée.* »

5.4.Synthèse des entretiens.

Le discours des soignants se rapproche fortement du cadre de référence. Tous mettent en avant leurs propres valeurs professionnelles pour prendre soin. Chacun expose sa réflexion sur le sens de prendre soin, c'est à ce moment là qu'intervient la posture soignante, qui fait alliance avec la proximité et la distance. On constate qu'il y a une connaissance de soi du

soignant qui fait appel à ses propres ressources afin de prendre conscience de ses limites. Chaque professionnel évoque comment il a évolué dans sa prise en charge holistique. Au début il est plus axé sur le biomédical, puis la prise en charge d'un patient devient plus globale, car ils prennent en compte l'aspect socio-psycho-culturel.

En ce qui concerne la posture professionnelle, sa constitution type pour prendre soin, ne peut être réellement définie, du fait qu'elle engage la capacité de s'adapter à tout moment pour chaque patient, dans chaque contexte de soin. Chaque soignant constitue son identité professionnelle, qu'il qualifie de forme d'équilibre entre le savoir-être et le savoir-faire, ceci afin d'être congruent à la personne et son environnement. Tous expliquent leur posture professionnelle par leur expérience et leur connaissance de soi à différents niveaux, de débutant à expert. Cette posture ne semble pas pour autant être acquise, ni évidente à construire. De plus, les résultats de ce travail montrent que la posture professionnelle du soignant n'est pas la seule influence dans le prendre soin, car le patient lui-même peut influencer cette posture. Le point essentiel à retenir est la capacité pour chaque soignant de s'adapter à une situation subjective et singulière.

Il apparaît d'autre part une différence entre l'homme et la femme pour prendre soin. Au travers de leurs propos, nous constatons que les hommes sont plus catégoriques dans leurs attitudes pour prendre soin, tandis que les soignantes, elles, sont plus dans la nécessité d'engager leur réflexion au niveau d'un soi personnel et d'un soi professionnel. Elles ont été plus bavardes, elles ont donné plus d'exemples de vécu mettant en avant leurs émotions, ce qui se rapproche des vertus féminines auxquelles était rattachée la profession d'infirmière d'un point de vue historique. Cependant, chacun parle d'adaptation de leur attitude dans leur fonction de soignant pour être authentique dans la prise en charge d'un patient, ce qui met en évidence une forme de respect chaleureux.

Que l'on soit novice ou expert, il ressort, dans les entretiens et pour tous les thèmes abordés, le concept d'adaptation. La femme semble plus affectée par certaines situations de soins, elle est plus portée à devoir travailler sur la gestion de ses émotions pour trouver un équilibre. Se pose la question de l'adaptation des femmes dans la pratique soignante. Comment font ces dernières dans leur pratique pour dépasser leurs sentiments et être en capacité de s'adapter ? La femme soignante, contrairement à un homme a-t-elle besoin de plus de ressources personnelles pour trouver un équilibre à sa position soignante ? La sensibilité d'une femme

soignante va-t-elle avoir plus ou moins d'influence dans le prendre soin selon l'interprétation qu'en fait le patient ?

Après cette enquête exploratoire et au regard de la question de départ nous pouvons constater que la posture professionnelle de l'infirmier influence bien la manière de prendre soin du patient. Il est apparu par rapport à cette influence la notion d'adaptation, ce que les soignants traduisent par une forme d'ajustement au niveau de leur comportement, de leur distance pour prendre soin de chaque patient et de son environnement psycho-social.

Afin de poursuivre le travail de recherche, il est intéressant de développer cette notion.

5.5. Concept d'Adaptation.

Chantal Jouteau Neves³ dit que « *l'adaptation est bien un phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux* » (Formarier, 2012, p. 48). Selon elle, l'adaptation est au cœur du rôle propre de l'infirmier. Ces mécanismes d'adaptation sont une qualité dans la démarche de soins infirmiers, ils visent à faire face aux différentes réactions des personnes soignées, permettant ainsi de maintenir un objectif de soin. Ce concept, fait référence à divers mécanismes inconscients de chaque être humain pour rechercher une harmonie, un équilibre dans un contexte inhabituel, afin de réduire les tensions internes et externes. Tout déséquilibre de l'être humain a des conséquences biologiques, psychologiques, sociales, ce qui entraîne un état de vulnérabilité et nécessite de mobiliser des mécanismes de défense propres à chacun, pour réguler un état de bien-être.

Prendre soin d'un patient dans sa globalité est communément admis par les soignants, mais cependant le concept d'adaptation reste encore peu connu de ces derniers. Chaque situation de soin est unique, chaque acteur de cette situation est un être humain, ayant sa personnalité, sa gestion des émotions et sa propre histoire, ce qui rend plus complexe l'adaptabilité pour faire face aux situations de stress, comme le confirment certains propos de soignants. Certaines situations nécessitent de faire appel à ces mécanismes régulateurs pour trouver une forme de conformité avec le patient, afin de prendre soin dans les meilleures conditions qui soient.

Cependant, le patient lui-même utilise ces mécanismes régulateurs pour lutter contre le bouleversement, le stress que la maladie produit dans sa vie. Il peut manifester une forme de défense par son comportement ou ses propos. Ceci est certainement un phénomène adaptatif

³ Cadre supérieur de santé, Spécialiste clinique

pour faire face aux modifications produites par l'intrusion de la maladie. Alors, le soignant peut être perçu comme la représentation de cette dernière, sans pour autant que ce soit le soignant lui-même qui soit visé, mais plutôt la pathologie. Celle-ci est bien à l'origine des interactions entre le soignant et le soigné. Chacun est amené à interpréter l'image que l'on se fait de l'un et de l'autre à travers l'attitude de chacun, d'où le travail d'adaptabilité fondé sur la réflexion autour d'un équilibre, d'un ajustement de son « personnage de travail » pour satisfaire un soin mutuel.

Après ces recherches et cette enquête exploratoire, ce travail amène à la question de recherche suivante :

« Comment la gestion des émotions et de la sensibilité de l'infirmière permet d'optimiser la qualité à s'adapter et à trouver un équilibre pour prendre soin ».

6. Les limites de l'enquête.

Au début de mon travail de fin d'études, je me suis éparpillée dans tous les sens avec les lectures, par la suite il m'a été difficile de savoir quelles lectures retenir, quel plan choisir... Parler de la posture professionnelle n'est pas très courant dans les travaux de fin d'études alors que c'est un sujet qui évolue au sein de la société d'aujourd'hui.

De plus, mon tempérament très scolaire m'a posé beaucoup de soucis tout au long de la rédaction de ce travail. J'ai souvent modifié des thèmes de recherche, pour laisser de côté certaines voies qui me semblaient tout autant intéressantes. Ce qui fut frustrant pour moi, c'est d'arriver à sélectionner les lectures pour référencer mes données théoriques.

Après avoir mis en œuvre l'enquête exploratoire, j'ai pu me rendre compte que mener un entretien dans le but d'une recherche, n'était pas facile à mettre en pratique. En effet, en tant qu'apprentie chercheuse, il m'a été difficile de rebondir sur les propos des soignants lors des entretiens. J'ai éprouvé quelques difficultés pour ne pas couper la parole, afin de rester dans le but de ma recherche. Il est difficile de développer un sujet de recherche sur si peu de temps, il aurait été intéressant de pouvoir effectuer plus d'entretiens et d'étendre le cadre de références.

Conclusion

Ce travail de fin d'études, tant appréhendé depuis le début de la formation, m'a permis de découvrir le travail de recherches et son importance dans la pratique infirmière. A travers cette production j'ai évolué dans ma réflexion sur ce sujet, ce travail m'a enrichi personnellement et professionnellement.

Effectivement, je ne porte plus le même regard sur ma pratique, j'analyse la situation avant de prendre en charge une personne pour comprendre la singularité de la situation de soin et adopter une posture réflexive afin de ne pas faire des soins mais de prendre soin. Tout au long de ces trois années d'études, ainsi qu'avec ce travail de recherches, j'ai pris conscience qu'il fallait apprendre à prendre du recul, et j'ai compris qu'il était important de faire un travail sur soi avant de devenir professionnelle. Car prendre soin d'un patient n'est pas anodin, on souhaite faire au mieux pour un soin réussi, mais l'implication personnelle peut nous mettre en difficulté face à lui.

Le cadre de références théoriques a apporté des éléments essentiels pour une prise en charge optimale d'une personne, il illustre un raisonnement réflexif sur l'équilibre de la posture professionnelle et la justesse de la distance thérapeutique. J'ai confirmé que la problématique est bien présente dans la pratique soignante. Cependant la posture professionnelle est un sujet flou, car il est difficile de savoir si c'est la distance / proximité ou la posture professionnelle qui peuvent avoir une influence sur le prendre soin. Il me paraît évident que l'un ne va pas sans l'autre, mais plutôt un équilibre des deux pour optimiser le prendre soin, mais que nul ne peut maîtriser. Il n'existe pas de normes, ni de limites visibles pour ajuster son attitude face au patient, mais un savoir d'adaptabilité.

Il semble nécessaire d'adopter une stratégie d'adaptation pour satisfaire une prise en charge. J'ai ainsi découvert ce nouveau concept « d'adaptabilité ». Il me permet de me rendre compte que j'ai la capacité de faire face aux changements par des mécanismes régulateurs inconscients, et ce, afin de retrouver un équilibre et un bien-être dans une phase d'inadaptation provisoire. Cependant, certaines situations pour les soignantes sont plus déstabilisantes et stressantes que d'autres. Cela demande alors une implication personnelle et affective de l'infirmière. C'est cette dimension d'adaptabilité dans le travail pour la femme soignante qui me semble être un sujet à développer.

A travers le discours des soignants, j'ai pu réaliser que je n'étais pas la seule à ressentir de l'appréhension en ce qui concerne ma future posture de soignante.

Le métier d'infirmier est une perpétuelle réflexion entre un investissement personnel et professionnel, mais aussi évolutif selon son expérience. Le savoir-être et le savoir-faire sont deux points qui ne peuvent être éclaircis durant toute notre carrière, du fait que notre posture fait l'objet à chaque instant d'une remise en question pour prendre soin dans la singularité du sujet.

Aujourd'hui, au plus près de devenir à mon tour infirmière, ce travail de fin d'études a renforcé la raison pour laquelle j'ai fait le choix de ce métier, car c'est un travail humaniste qui nécessite la prise en compte de la singularité de chaque situation, mais aussi de chaque être humain acteur de la situation de soin.

A mon tour, je vais incarner le rôle d'équilibriste sur le fil du funambule, pour m'adapter avec envie et humanité.

Bibliographie

- Delassus, E. (2012, Mai 25). *l'éthique du care: Vulnérabilité, autonomie et justice*. Consulté le Septembre 15, 2019, sur hal.archives-ouvertes: [https://](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00641641)
- Mulin, T. (2013). Posture professionnelle. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation "Hors collection"*, 213 à 216.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique: entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*(144), 12-40.
- Portal, B. (2012). Des mots et des sens, Posture, positionnement, évaluation... *Le Sociographe*(37), 19-26.
- Prayez, P. (2005). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Rueil Malmaison: Lamarre.
- Zielinski, A. (2010, Décembre). l'éthique du care. *Etudes*, tome 413, 631-641.

Références

- Brugère, F. (2014). *Que sais-je - L'éthique du "Care"* (éd. 2eme). Paris: Presse Universitaire de France.
- Coilot, M. M., Jeanguiot, N., Peynet, H., & Raynert, A. (2014). *Initiation à la démarche de recherche* (éd. 2ème). Paris: De Boeck-Estem.
- Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (éd. 2 ème). Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers.
- Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier*. Setes: SETES éditions.
- Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (éd. 3ème). Setes : SETES éditions.
- Phaneuf, M. (2019, Juin 07). *Les maux de la politesse*. Récupéré sur prendresoin: [www](http://www.prendresoin.com).
- Prayez , P. (2003). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison: Edition Lamarre.
- Vantomme, P. (s.d.). *Méthodologie de recherche, Balise Thêta* . Consulté le Avril 24, 2020, sur le réservoir: WWW.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien.	II
Annexe 2 : retranscription d'entretiens.	III
2.1. Entretien 1.....	III
2.2. Entretien 2.....	V
2.3. Entretien 3.....	VIII
2.4. Entretien 4.....	XIV
2.5. Entretien 5.....	XX
Annexe 3. Grille d'analyse des entretiens.....	XXV
Annexe 4 : autorisation de diffusion du TFE.	XXXIX

Annexe 1 : Guide d'entretien.

Introduction : se présenter, présenter mon travail de fin d'étude. Demander depuis quand ils sont diplômés, leur ancienneté dans le service, leur âge ?

Question inaugurale :

- Dans mon travail de recherche, je m'intéresse à la façon de « *prendre soins* ». Que représente pour vous le « prendre soins » ?

Question de relance autour :

- De l'éthique du care
 - maternage
 - l'attention
 - réponse aux besoins subjectifs
 - prise en charge globale
 - autonomie
 - compétences
 - soins mutuels
- Prendre soins et distance / proximité
 - familiarité
 - similarité
 - différence
 - expérience
- Exemple d'une situation, où il a fallu adapter l'attitude.
Quel but ? Quel moment ? Quelle conséquence sur le prendre soins ?
- Disposition naturelle de l'attitude dans le prendre soins ?
- Attitude et posture professionnelle ? Quelles différences ?
 - attitude / représentation personnelle (« soi personnel »)
 - attitude / représentation professionnelle (« soi professionnel »)

Conclusion : demander s'ils souhaitent rajouter quelque chose et les remercier pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Annexe 2 : retranscription d'entretiens.

2.1. Entretien 1.

Robert est un infirmier de 34 ans, diplômé depuis 2009. Il a d'abord travaillé 3 ans dans un service de médecine. Depuis 7 ans, il travaille dans un cabinet d'infirmier(e) libéral au sein du village dont il est natif.

Moi : Dans mon travail je de recherche m'intéresse où prendre soin, que représente pour vous le prendre soin ?

Robert : Le prendre soin pour moi c'est une prise en charge globale, qu'on va, on va essayer de prendre en compte le maximum d'éléments du patient pour soit le sortir de la maladie, soit pour l'accompagner. Tout dépend de l'objectif thérapeutique, si c'est un curatif ou si on en préventif où donc « euh »... Mais nous en libéral c'est vrai qu'on voit tous les cas, en fait. On voit de la prise en charge thérapeutique d'un patient diabétique on va partir de l'éducatif « euh » donc l'éduquer à sa prise en charge pour le rendre aussi autonome. On peut parler aussi, si on est en orthopédie ou sur des personnes jeunes qui ont eu des interventions chirurgicales, là on va être sur la prise d'autonomie par exemple. En début on est dans le soin, d'en prendre soin on va beaucoup être dans le soin technique, mais aussi dans l'éducation, pour que ça se passe le mieux possible. Comment dire, pour que la prise en charge et la convalescence se passe le mieux possible et le plus vite possible, pour retrouver, pour que le patient retrouve son autonomie le plus rapidement possible et le mieux possible. Donc en fait voilà, dans le prendre soin pour moi, je mettrais 3 situations je pense : y a une prise en charge globale il faut penser à tout englober, c'est à dire l'état physique du patient et la maladie et ses capacités physiques, et aussi mentales. Parce qu'il faut savoir s'adapter, mais donc les capacités aussi relationnelles et environnementales, parce que nous justement on est au domicile, donc chaque situation est complètement différente. Et ensuite, ce que j'expliquais pour moi y a 3 situations : c'est savoir si déjà on est dans le curatif, si on est dans le soin palliatif, « euh » et savoir aussi dans le curatif si c'est un traitement au long cours, chez un patient par exemple diabétique que l'on va suivre jusqu'à la fin de ses jours. Ou savoir, si c'est un patient sur une prothèse de hanche qu'on va suivre pendant un certain temps et ensuite les soins seront... Voilà la prise en charge elle est, elle doit être totale, en fait, on doit prendre le maximum d'éléments : psychologique, relationnel « euh » environnemental, physique

Moi : vous me dites savoir s'adapter, pour vous c'est selon un contexte, si vous prenez en charge une personne au long court ou moins long. Et du coup s'adapter, c'est quoi pour vous ?

Robert : s'adapter ça va être ça va être « euh »... Par rapport au positionnement et aussi « euh » comment on va pratiquer, non pas comment on pratique le soin parce que c'est des grandes règles de soin qu'on doit tous les respecter. Ça sera plus dans le relationnel, je pense et dans le positionnement avec les patients. Dans un traitement curatif sur une courte durée en terme de technique on sera moins dans l'éducation déjà, je pense. Contrairement à un patient que diabétique on va suivre au quotidien pendant plusieurs années. Que là, il faut qu'il ait une approche de sa maladie, « qui... ». Une approche de sa maladie qui est plus importante. Donc là déjà ça, ça pose une différence de positionnement. Après, voilà moi j'ai la particularité d'être libéral d'un dans un village où je vis depuis... Où je suis né en fait, donc la relation avec les patients elle est... Différente, parce que je les connais, souvent avant d'aller chez eux.

39 **Moi : Il y a plus de proximité...**

40 **Robert** : il y a une proximité, tout en sachant qu'il est important de mettre des limites en tant
41 que professionnel aussi. Donc le professionnel c'est aussi la personne, le professionnel, mais il
42 faut que j'arrive... Enfin... C'est aussi important de se positionner, que les gens comprennent
43 que le positionnel, « euh » que le professionnel n'aura pas forcément la même relation que le
44 la personne qui connaisse dans la rue ou... ça c'est important de faire... « euh »... C'est
45 important pour la qualité du soin, je pense. Et c'est important aussi pour le professionnel, pour
46 se protéger, parce que... « euh » alors y a l'expression « se faire manger ». Mais voilà, les
47 gens après ... c'est rester la distance thérapeutique en fait. Et pour moi la distance
48 thérapeutique elle est importante autant pour moi, mais aussi pour la qualité du soin. Parce
49 que je pense que quand on est dans la familiarité « où... » On perd notre empathie. Et ça veut
50 dire, « euh » comment dire, je cherche mes mots... ça peut créer des nuisances dans le soin,
51 en fait.

52 **Moi : d'accord, vous avez une situation où il a fallu que vous adaptez votre posture dont**
53 **vous avez parlé, vous avez dit un positionnement qu'il faut avoir pour pas « se faire**
54 **manger » donc est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?**

55 **Robert** : « euh »... (Silence)

56 **Moi : c'est par rapport à comment on peut s'adapter, qu'est-ce qu'on met de soi pour**
57 **essayer justement de mettre cette distance, comment vous faite ?**

58 **Robert** : s'il y a trop de proximité pour moi le plus difficile, ce qui était le plus difficile en
59 tant que jeune infirmier, qu'aujourd'hui j'ai appris à faire, pour me protéger déjà. C'est
60 apprendre à dire « non ». Et ça apprendre à dire « non » c'est super difficile, parce qu'en fait
61 dire oui c'est facile, même dès fois si... Et du coup en fait, je trouve que quand on dit tout le
62 temps « oui » on prend sur soi, mais du coup on prend sur soi. Mais « euh » ça veut dire quoi,
63 ça veut dire que pour moi dans la relation y a du négatif de prendre sur soi. C'est encaisser, et
64 c'est faire des choses, que voilà, on a pas envie de faire ou qu'on devrait pas pouvoir faire ou
65 pas devoir faire. Donc dire « non » ça veut dire quoi aussi. Ça veut dire peut-être que la
66 personne en face elle va pas accepter que je dise « non », parce qu'on est soignant et dès fois
67 ils se disent : ils sont infirmier, ils sont là pour nous aider si on peut m'aider on ne peut pas
68 dire « non ». Et en fait si. Et autant pour l'infirmier c'est important de savoir dire « non », mais
69 il faut aussi expliquer au patient qu'ils peuvent pas tout faire et ils... Par rapport à la maladie,
70 à leur pathologie tout n'est pas bon et il faut qu'ils comprennent que le « non » c'est pour leur
71 rendre service aussi. Et que on est infirmier, on est professionnel mais il y a des choses qu'on
72 ne peut pas faire et qu'on ne doit pas faire. Et que « euh » il faut dire « non ».

73 **Moi : du coup le « non » pour vous c'est un peu redonner l'autonomie de la personne,**
74 **puisque vous me dite que vous avez un rôle éducatif ?**

75 **Robert** : Je pense, donc le « non » va poser un cadre aussi, « euh ». Et l'avantage du cadre
76 c'est que le patient il va pas s'éparpiller dans tous les sens. Et le soin du coup « ben » il ne va
77 pas s'éparpiller dans tous les sens. Ce qui va permettre... Le cadre il est important, il est...
78 Pour moi le cadre il est rassurant déjà. Rassurant pourquoi, parce que on sait où on va. Donc,
79 nous on sait où on doit aller on a des objectifs et ça évite de s'éparpiller, donc « euh » faire
80 des erreurs. Je crois, après du coup, je pense que pas forcément le « non ». Du coup oui voilà
81 j'évolue dans mon raisonnement. Mais c'est en fait le « non » va peut-être me permettre de
82 poser un cadre plus facilement, tout comme le « oui » tout comme le positionnement. C'est ce
83 cadre qui est très important et pour moi ce qui va favoriser des soins et du coup pour moi le
84 soin si on est dans du curatif, par exemple, il peut faciliter le retour vers l'autonomie du
85 patient puisque le cadre sera posé, on sera où on va, après y a peut-être d'autres éléments qui
86 vont entrer en compte, qui vont ralentir les choses ou quoi... mais après le cadre peut être

évolutif aussi, en fonction des objectifs, en fonction des capacités du patient, en fonction des soins. Mais en fait, c'est le « non », c'est pas forcément le « non », mais c'est plutôt le cadre en fait je me rends compte.

Moi : donc pour vous il vaut mieux définir, enfin avoir une posture un peu professionnel mais aussi personnel qui a été évolutif, pour arriver à un globalisé le soin, surtout que vous rentrez chez les gens et que vous les connaissez ?

Robert : « euh » bon ce qui me paraît évident, autre chose qu'il ne l'est peut-être pas. C'est que chaque situation est unique surtout que chaque relation « ben », va évoluer entre 2 individus. Donc y a des grandes règles de politesse et les règles dans le soin d'asepsie, qui vont être communes à chaque soin. Comme les règles de politesse, voilà on va dire bonjour, on va dire au revoir. Pour moi, ces grandes règles elles vont être dans toutes les relations. Après, dès qu'il y a individus, pour moi, il y a « euh » une sphère d'élément chez chaque individu, autant on peut prendre dix soignants, les dix soignants seront complètement différents, mais dix patients, les dix patients seront différents aussi. Dans le vécu de la douleur, dans le vécu de la maladie, dans le vécu de relationnel, dans le niveau de l'âge, de l'esprit, la mentalité, donc chaque relation est unique. Donc pour moi, à chaque positionnement, c'est aussi la difficulté de la relation soignant soigné, c'est que chaque situation est différente, donc chaque relation et chaque individu est différent. Donc chaque situation pour moi est différente. Et c'est aussi une qualité importante de savoir s'adapter à la relation.

Moi : est-ce que vous voyez autre chose à rajouter, quelque chose par rapport au prendre soin?

Robert : pour moi, c'est au niveau du prendre soin, je voulais revenir aussi sur cette difficulté, mais je dirais que il n'y a pas de recette miracle. Il n'y a pas de... de... ça serait facile de dire : y a ces éléments à mettre dedans, après on fait notre sauce. Et en fait chaque situation est tellement unique « euh ». Moi par exemple, je fais partie presque des fondateurs du cabinet et j'ai, je peux avoir des relations, pas des relations, mais des positionnements différents à mes collègues par exemple, qui sont plus jeunes infirmiers, qui ont moins d'expérience. Donc, certaine chose ou certain dire ou action vont beaucoup mieux passer auprès de patients, et qui comprendront pas si c'est mes collègues qui le disent, par exemple.

Moi : est-ce que vous voulez entendre par là, que c'est plutôt de plus de la familiarité entre vous et les patients?

Robert : non c'est pas forcément de la familiarité. Alors, par rapport à mon expérience ça peut aussi être de la confiance, sans forcément qu'on les connaît, pas de la familiarité. Mais... ça se voit aussi pour des situations de stress, donc peut-être voir un visage connu aussi. Mais c'est pour ça que vraiment il n'y a pas de grandes recettes pour moi. Et c'est beaucoup d'ajustements au niveau de la relation. Et comme j'ai dit tout à l'heure, une relation évolutive, c'est obligatoire.

Moi : d'accord, voilà c'est terminé, je vous remercie pour m'avoir donné de votre temps.

2.2. Entretien 2

Tristan est un infirmier de 31 ans, diplômé depuis 2013. Il a travaillé 2 ans dans le pool d'un hôpital de secteur. Depuis 5 ans, il travaille en psychiatrie dans une unité d'accueil crise ouverte.

1 **Moi** : Dans mon travail de recherche, je m'intéresse au prendre soin. Pouvez me dire ce
2 que ça représente pour vous le prendre soin ?

3 **Tristan** : Oh, on peut se tutoyer ! (*rire nerveux*)

4 **Moi** : d'accord, je vais essayer !

5 **Tristan** : « euh » le prendre soin « bah » c'est « euh », y a plein de facteurs qui rentrent en jeu
6 dans le prendre soin pour moi. C'est l'empathie déjà, voilà. C'est une notion importante dans le
7 premier temps, c'est se mettre à la place de l'autre, comprendre ce qu'il ressent, ce qu'il
8 éprouve. Enfin, c'est pas ressentir ce qu'il ressent, mais comprendre ce qu'il ressent. Mais
9 d'essayer de comprendre le plus possible, en tout cas en psychiatrie, mais même ailleurs.

10 **Moi** : pour vous c'est porter de l'attention ?

11 **Tristan** : apporter de l'attention, après prendre soin c'est plus au point de vue psychologique
12 de la personne. Après y a tout ce qui est « euh », les à côté, d'une façon globale.

13 **Moi** : qu'est-ce que vous y mettez comme notion en prendre soin, vous, tu me dis
14 l'empathie mais qu'est-ce que tu y mets comme d'autres notions qu'on doit prendre en
15 compte pour prendre en charge une personne ?

16 **Tristan** : Ah « bah » la, la distance « ouais », il faut ajuster sa distance, parce que si on a une
17 distance trop rapprochée « bah » ça peut poser problème, trop éloigné aussi « quoi ».

18 **Moi** : vous arrivez à vous poser ces limites ?

19 **Tristan** : c'est des limites abstraites, mais tu peux passer par des outils, par soit le tutoiement,
20 le vouvoiement mais c'est pas une fin en soi. C'est pas parce qu'on vouvoie quelqu'un qu'on
21 peut pas être quand même proche.

22 **Moi** : pour vous ça dépend des personnes

23 **Tristan** : oui, ouais ... (*silence*)

24 **Moi** : donc du coup, pour vous est-ce que c'est pareil pour tout le monde, est-ce qu'on
25 peut évaluer cette distance, cette proximité, est-ce que vous avez un exemple vous avez
26 eu du mal à adaptez votre attitude ?

27 **Tristan** : « bah » oui, oui, et puis même en début de carrière dès fois on peut faire des écarts.
28 Ça m'est arrivé d'être un peu trop familier avec une patiente et en psychiatrie qui était
29 bipolaire « quoi », schizo-affective, du coup elle est entrée dans la familiarité avec moi et
30 après pour reposer le cadre etc... C'est compliqué, donc à vrai dire en psychiatrie, c'est
31 important de poser une distance, de savoir à qui on a à faire, suivant la pathologie, plus que la
32 personne j'ai envie de dire parce que c'est qu'une pathologie. Savoir qui on a en face de soi.

33 **Moi** : Vous pensez que c'est avec l'expérience que l'on arrive à mesurer cette distance,
34 avoir une attitude qui...

35 **Tristan** : avec l'expérience aussi, mais « euh », je pense que aussi dans notre formation on
36 apprend aussi des règles de distance, pour faire toujours au mieux et on sait qu'on doit se
37 mettre cette distance-là.

38 **Moi** : la formation nous donne des références...

39 **Tristan** : oui après c'est sûr qu'avec l'expérience qu'on est plus à même de « ben » de se
40 rapprocher d'un patient ou de mettre bien la distance pour bien définir, parce qu'on sait que ça
41 peut déborder.

42 **Moi** : vous pensez qu'il y a une disposition naturel aussi dans le prendre soin, quelque
43 chose qui vient de nous, qu'il faut qu'on y mette de nous ?

44 **Tristan** : « bah » c'est sûr que « euh » c'est aller vers l'autre mais c'est aussi ce que l'autre
45 nous renvoie. Donc il faut faire attention à notre contre-transfert, aussi, parce que un patient
46 peut « euh » lui faire un transfert comme si on était son père, son frère, ou quoi que ce soit,
47 nous faut voilà, faut...

48 **Moi** : c'est comme une similitude ?

49 **Tristan** : une similitude positive ou même négative

50 **Moi** : comment vous pensez qu'il faut remettre cette distance ou une attitude plus...

51 **Tristan** : recadrer les choses ça veut dire « ben » tout simplement expliquer au patient «

52 écoutez, moi je suis pas votre frère ou j'suis pas.... voilà... » « euh » je suis là en tant que

53 soignant voilà, vous êtes hospitalisé voilà, on va remettre les choses à la réalité, à leur place

54 **Moi** : en équipe de travail vous arrivez, surtout en psychiatrie, à avoir cette attitude ?

55 **Tristan** : « ouais » oui, parce que « ben » du coup y a un fonctionnement dans une unité et du

56 coup on fait... Il faut qu'on aille tous sur la même ligne de conduite, parce qu'il y a des

57 patients qui ont des pathologies ou qui ont tendance à faire du clivage avec les bons et les

58 méchants « euh » « ouais » c'est pour ça que nous sommes prudents.

59 **Moi** : une notion de prudence...

60 **Tristan** : il faut qu'on aille dans la bonne direction à peu près, mais il faut qu'on est les

61 mêmes entre guillemets « règles » même si c'est pas des règles etc... Enfin si c'est des règles,

62 par exemple « ben euh » le téléphone c'est pas avant 16h c'est si y a des règles comme ça et

63 qu'on n'est pas d'une rigidité extrême, mais « euh » on est quand même assez rigide pour pas

64 que ça déborde.

65 **Moi** : je comprends, est-ce que vous voulez me rajouter quelque chose sur tout ce qu'on

66 a parlé, le prendre soin, comment prendre soin, à ses notions qu'il faut que vous pouvez

67 rajouter ?

68 **Tristan** : « bah » on a juste parlé du transfert, mais du contre-transfert nous qu'est-ce que le

69 patient nous provoque, pourquoi je l'aime pas, pourquoi j'ai un mauvais ressenti ou pourquoi

70 je suis attiré par lui, pourquoi il m'est sympathique. Et ça c'est important parce que on a

71 beaucoup de mécanisme inconscient qui font qu'ils peuvent troubler la prise en charge.

72 **Moi** : prendre soin c'est un peu plus difficile ?

73 **Tristan** : oh... les patients en psychiatrie, y a des psychopathes, des schizophrènes avec des

74 traits psychopathiques.

75 **Moi** : est-ce que prendre soin c'est aussi de répondre aux besoins de la personne ?

76 **Tristan** : dans une certaine limite on peut pas répondre à tous les besoins enfin il faut faire la

77 différence entre besoin et envie mais « euh »... (Silence)

78 **Moi** : en psychiatrie, on parle de resocialisation, de réhabilitation, est-ce que répondre

79 aux besoins ferait parti de l'autonomie, et l'envie ?

80 **Tristan** : « euh » peut-être qui voient leurs besoins comme des besoins mais peut-être que

81 s'est des envies, nous peut-être qu'on va voir les besoins différemment parce que... par

82 rapport à l'autonomie par exemple quelqu'un, pour aller qui va faire des activités à l'hôpital de

83 jour, lui dit « j'ai besoin qu'on m'amène », mais peut-être que son besoin si justement qu'il y

84 aille à pied pour favoriser son autonomie, voilà. On va pas rentrer dans les envies bêtement,

85 il faut qu'on mette du sens derrière. Prendre soin c'est mettre, oui c'est mettre du sens à nos

86 actes « pourquoi je le fais » « pourquoi je ne le fais pas », c'est tellement important.

87 **Moi** : d'accord...

88 **Tristan** : j'ai pas beaucoup parlé !

89 **Moi** : c'est bien, est-ce que tu veux ajouter quelque chose sur le prendre soin ?

90 **Tristan** : (silence) notre but aussi c'est de créer l'alliance thérapeutique qui n'est pas toujours

91 évident, parce qu'on peut avoir aussi des personnes qui sont là sous une contrainte, ce n'est

92 pas toujours évident qu'il se livre ou qu'il essaie de dire une chose personnelle. C'est pas

93 toujours évident donc notre but c'est de créer un climat de confiance, pas qu'un climat mais

94 une réelle confiance « voilà ».on va pas mentir au patient, on va dire la vérité au patient, c'est

95 l'alliance thérapeutique.

96 **Moi** : cette alliance, est-ce que c'est avec l'expérience qu'on l'apprend ?

97 **Tristan** : Oh ça peut-être intuitif, mais avec l'expérience, c'est vrai que « euh » qu'on va
98 apprendre plus, c'est allier le patient au soin.
99 **Moi** : d'accord, merci pour cet entretien, pour m'avoir accordé du temps.

2.3. Entretien 3

Christelle est une infirmière de 62 ans, diplômée depuis 1979. Elle a exercée 18 ans dans un service de réanimation, puis elle a été 5 ans infirmière libérale, et depuis presque 18 ans elle travaille en hémodialyse.

1 **Moi** : Dans mon travail de recherche, je m'intéresse au prendre soin. Que représente
2 pour vous le prendre soin ?
3 **Christelle** : en qualité d'infirmière, on est d'accord !
4 **Moi** : en qualité d'infirmière, oui.
5 **Christelle** : en qualité d'infirmier pour moi y a une partie, que je divise en plusieurs parties «
6 euh » prodiguer des soins pour moi, c'est dans un premier temps être dans la technicité pure.
7 C'est ce qu'on nous demande d'être au top techniquement, donc c'est pas pour rien que tu fais
8 3 ans d'école, et dans un second temps donc le fameux « comment je suis avec le patient », «
9 comment je dois me comporter », « comment je vais adapter à lui » etc. etc.... Donc c'est-à-
10 dire le savoir être, c'est comme ça qu'on dit maintenant. Donc ça va être « voilà », donc après
11 « euh » suivant ce que tu vas voir sur le terrain, bien sûr ça va être très différent des uns aux
12 autres, parce que suivant la difficulté technique ça peut induire un comportement « euh »
13 humain différent, style : prise de tête sur un générateur qui va pas ce jour-là, tu seras pas... ça
14 t'arrivera !!! Je te le souhaite pas (« petit rire ») Mais malheureusement, ça va tellement te
15 prendre ton énergie pour gérer ça, que ce jour-là dans ton soin tu serais un petit peu moins
16 présente, ce qui est normal. Puis le jour où ça va tourner parfaitement, à ce moment-là, hop tu
17 donnes un petit peu plus de temps à ta « euh » prise en compte du patient etc . etc.... Donc t'es
18 toujours dans cette mouvance, pour moi c'est jamais fini, c'est jamais défini. Mais bon, c'est
19 ce qu'il caractérise aussi un peu les choses, c'est jamais tout ou rien pour moi.
20 **Moi** : Donc pour vous prendre soin ça serait une différence entre technique et relations ?
21 **Christelle** : absolument, pour moi c'est clair « euh », tu peux pas « euh », on nous demande
22 de prodiguer un soin, par conséquent y a une partie technique, même si c'est pas de la dialyse
23 « hen ». Une partie technique et une partie relationnelle pure, c'est ça un soin.
24 **Moi** : d'accord et...
25 **Christelle** : tu peux pas venir et parler de ce qui va être propre au patient : de sa vie, son
26 ressenti etc, etc... et oublié ta pose de sonde qui doit être parfaite dans son asepsie et tout...
27 Tu vois, tu peux pas ! Tu peux pas ! Il te faut être parfaite sur le plan technique et
28 évidemment le plus parfaite possible.
29 **Moi** : et ça, ça amènerait à une prise en charge globale du patient. Si je comprends ce
30 que tu dis, on est technique et on amène du coup, ou on arrive au relationnel et on arrive
31 à prendre en charge le patient dans sa globalité.
32 **Christelle** : Tout à fait, c'est comme ça, mais après si tu veux pour moi, c'est un tout. Je peux
33 pas dissocier la technique de... de la prise en charge du tout ce qui peut être personnel et
34 propre au patient.
35 **Moi** : d'accord et pour prendre en charge un patient qu'est-ce que tu inclurais dans...
36 dans la notion de prendre soin, est-ce qu'il y aurait des notions « euh » ?

37 **Christelle** : alors attends (silence), répète moi la question ? Parce comme moi, tu vois je
38 prends un exemple : poser un cath... poser une sonde etc, etc... c'est dans ce sens que je te
39 parle de technicité, je ne suis pas qu'en dialyse, attention...

40 **Moi : oui, justement je sors de ces technicités-là, pour...**

41 **Christelle** : voilà, voilà tu vas poser une sonde c'est un acte vachement traumatique. Donc tu,
42 tu vas rentrer dans la chambre, tu vas prendre contact avec le patient, tu vas l'informer, tu vas
43 aller vers lui doucement, donc voilà c'est ça le soin aussi « euh ». Je, je vais aller vers mon
44 patient, pour savoir comment va être le soin. Tu comprends ce que je veux dire !!

45 **Moi : oui**

46 **Christelle** : pour moi c'est ça alors. C'est pas facile avec des mots « hen », on est toujours un
47 peu bloqué. Mais pour moi c'est ça le soin, je vais l'informer, je vais l'accompagner dans le
48 soin. La pose de sondes, et « Ben écoute » c'est pas rien, donc tu vas expliquer, tu vas dire au
49 patient qu'est-ce que tu vas faire, que probablement ça va le mettre très mal à l'aise, les jambes
50 écartées sur un lit, c'est jamais le top. Mais voilà c'est ça, après tu as le passage technique «
51 et... et ». Pendant ce temps tu peux glisser vers tout autre chose : sur la douleur, sur
52 l'opération qui suivra ou ce qui a eu lieu avant, tout ce qu'il y a autour. tu me comprends...

53 **Moi : oui oui**

54 **Christelle** : je sais pas « hen », je suis en train de passer... Pour moi je suis dans mon dans
55 mon truc purement infirmier, j'ai oublié tous les concepts, tu vois, que vous pouvez revoir à
56 l'école, et ils sont loin tout ça et c'était pas la même chose à l'époque en plus ...

57 **Moi : c'est ton vécu surtout, pour toi c'est prendre en compte tous ces besoins, que ce
58 soit « euh euh » psychique « euh »...**

59 **Christelle** : oui tous ses besoins du psychologique, oui « euh » c'est ça, bien sûr...

60 **Moi : c'est tout prendre en compte...**

61 **Christelle** : tu peux pas faire un soin sans faire ça. Ou alors c'est un mauvais soin « ouais »
62 c'est ça ...

63 **Moi : est-ce que du coup pour toi prendre soin ça inclut une certaine distance / proximité**

64 **Christelle** : et « ouais » absolument, alors ça, c'est ça le plus dur, c'est pas la technique, la
65 technique au bout de 10 fois tu sais faire et tu auras des gestes sûrs et ils seront pas
66 douloureux ou moins douloureux...etc, etc ... Mais le plus dur dans le soin, c'est ça, comment
67 je me positionne avec la personne ce jour-là, à tel moment, compte tenu des événements
68 autour et tout aussi. Pour moi c'est jamais pareil, et c'est pour ça que j'ai toujours un peu de
69 mal à dire : voilà « euh » on est comme ça ou on n'est pas comme ça. Non. Ça change tout le
70 temps, ça change tout le temps, parce qu'en face de toi tu as quelqu'un qui est humain, et toi
71 même tu es humain. Et puis il y a une difficulté de soins suivant ce que tu vas faire. Tu
72 comprends ?

73 **Moi : oui oui...**

74 **Christelle** : « bah » du coup tu composes constamment, en fait pour moi, c'est vrai « euh » tu
75 me rappelles la question que j'ai tendance à vite m'éparpiller.

76 **Moi : non, non c'est bon, je demandais si « euh » de prendre soin il y avait une certaine
77 distance et proximité...**

78 **Christelle** : ah oui, absolument, et cette distance ou proximité, suivant ce que tu vas faire,
79 pour moi, elle est la composante d'un tas d'événement de tous les jours, toujours... De toi, de
80 l'autre, du générateur ou du soin plus technique... Tu vois ? Mais bien sûr ça passe par là et tu
81 es toujours dans cette adaptation, toujours, toujours dans la composante ...

82 **Moi : il y aurait donc une disposition de naturel, qu'on y met de nous pour... « fin » ça
83 serait pas que de tout savoir-faire, il y aurait une disposition « euh »...**

Christelle : « ouais », mais, voilà après le côté de la technique, tu vas mettre de côté la technique que tu maîtrise, voilà absolument, et après c'est là, que tu peux te poser la question de : pourquoi je suis infirmière ? Ça c'est un peu de l'inné. Et là moi, j'ai pas de réponse encore !

Moi : **Pourtant ta carrière bien avancée, c'est...**

Christelle : j'aurais presque tendance à te dire oui, oui parce que tu le vois autour de toi, y a des filles sont là-dedans et ça glisse et y a pas de soucis OK. Voilà et ça se fait bien et tu sens que le patient... Parce que derrière, c'est lui le soin. OK, mais lui il doit être apaisé après tous ces soins, et moi l'objectif c'est d'avoir un patient apaisé. Avec un soin réussi. C'est-à-dire : et techniquement et sur le plan « voilà ». Je l'ai fait ce soin et est-ce que mon patient va mieux ? Est-ce qu'il s'est détendu ? Tu vois apaisement, j'appelle ça apaisement pour moi. Appelle ça comme tu veux. Donc, c'est... C'est dans ce sens que « euh »... Tu verras des personnes, ça passe un peu moins. Alors ça dépend de ce que toi tu vas vouloir faire de ta fonction ... « euh »

Moi : **c'est comme un investissement, on s'investit dans le soin, par l'humain ?**

Christelle : oui, oui, et puis ce que toi t'as envie de donner ! Ça c'est à la juste mesure de chacun et puis ça, c'est de la générosité entre guillemets le soin. Quelque part mais une partie générosité et ça fonctionne chacun ça. Alors après tu peux avoir d'excellents « euh » techniciens. Ils sont irréprochables et moi j'admire. Et tu auras d'autres personnes qui seront excellentes dans le relationnel, tu vois ! Parce que je pense qu'il y a une composante chez les uns et les autres qui fait que... et derrière y a le patient et cette fameuse distance, c'est pour ça je te dis, c'est, c'est jamais fini...

Moi : **donc, c'est toujours en réflexion, en fait !**

Christelle : pour moi, toujours. Alors ça tu verras... et ça te fait avancer aussi, c'est ça qui est bien, c'est jamais fini, et c'est toujours en questionnement, ça c'est sûr ! Mais c'est bien, c'est notre profession ! Tu vois par exemple, je te prends un exemple : une personne, un cas extrême, mais bon on parle toujours d'extrême « euh ». Moi je suis toujours encore à me demander quand je suis chez elle, comment je vais être ce jour-là, dans mon soin. Parce que sur le plan technique, ça peut te mettre une telle pression... « Woua »...

Moi : **quelque part, tu te prépares avant le soin ?**

Christelle : absolument et tu sais comme « euh »... Voilà... Et tu prends de la distance justement, pour pas être « euh »... Je te prends une personne extrême, je te prends une personne déjà un peu difficile parfois... C'est en prenant du recul, que tu vas être apaisé toi, pour mieux diriger ton soin, et, et prodiguer ton soin.

Moi : **est-ce que aujourd'hui, avec la carrière que t'as, tu arrives encore à te dire comment faire, et ne pas avoir une certaine appréhension de donner un soin !!!**

Christelle : non, j'appréhende pas dans le sens où, je me dis : bon aujourd'hui, c'est aujourd'hui, demain c'est demain, tout ce qui a eu avant c'est avant... Donc, aujourd'hui je me pose, je prends la température, je dis ça à ma façon, mais, je pense que le fait de te poser, ça, ça va induire quelque chose chez l'autre. Ça aussi se poser auprès du patient va définir tout le reste. Et ça c'est, c'est important ! Si tu comprends ça ! T'auras 70 % de ta prise de soins globale réussie. Comment toi tu vas être ? Et comment l'autre ? Plus il va te percevoir tranquille, apaisé et donnant confiance et plus le reste va être bien.

Moi : **tu penses que notre posture elle peut avoir une influence sur le sur le prendre soin?**

Christelle : absolument, alors moi tous les jours, tous les instants, je t'en fais la preuve !

Moi : **t'en es convaincu ?**

131 **Christelle** : oh oui, oui ! Tu arrives, tu blagues de ta vie... « blabla...etc, etc... ». T'as
132 compris qu'est-ce que ça peut générer à côté. Ben ça c'est un truc, tu le vois tous les jours !
133 **Moi** : **c'est une attitude personnelle !**
134 **Christelle** : voilà, je suis avec mon patient, je suis avec mon patient ! Là je suis assez carré
135 chez moi. « euh ». Sinon si je suis pas en phase j'y vais pas. Mais à partir du moment où j'ai
136 dit Bonjour à un patient, que je vais faire quelque chose et le prendre en charge, je suis avec
137 lui, point final sur ta vie privée, sur le planning, sur le temps, sur tout... tu es avec le patient !
138 Être avec le patient !
139 **Moi** : **donc il faut à savoir allier son attitude personnelle et son attitude professionnelle,**
140 **on va dire, est-ce un peu des 2 pour arriver à prendre soin, est-ce que pour toi il y aurait**
141 **un mélange!**
142 **Christelle** : voilà, y a tout ton savoir professionnel « euh », tout ce que tu vas avoir à acquérir,
143 et après y a une part de toi ! Et ça c'est, c'est ce qu'il fait que tu as différentes infirmières,
144 différents soignants, différents personnage... mais c'est pareil pour les toubibs, c'est pareil
145 pour tout le monde...
146 **Moi** : **tu parles pour prendre soin il faut aussi une technique, mais est-ce que tu penses**
147 **que aussi, il faut se référer à un cadre professionnel, des règles de fonctionnement, d'un**
148 **service, est-ce que tu l'englobe ?**
149 **Christelle** : absolument, tu vas avoir tes références professionnelles, redire la technique pure,
150 moi j'appelle ça technique. Ça c'est ta référence de soins. Tu sais qu'il faut désinfecter en 4
151 temps et pas en deux, je te dis une « cagade », « hen » voilà... Donc ton cadre professionnel,
152 ton savoir-être ton positionnement : 'comment je vais faire aujourd'hui, il est bien, il est pas
153 bien, il est tendu, il est pas tendu... « Patin, couffin... » Et évidemment le cadre, pas
154 institutionnel, c'est des gros mots tout ça ! Mais ce qui va être dépendant de l'organisation du
155 service. C'est-à-dire tu vas avoir des timings « euh », tu vas avoir du personnel ou y en a pas
156 « euh » voilà... et, et ça c'est toujours dans la composition.
157 **Moi** : **c'est la composante !!!**
158 **Christelle** : toujours, toujours, toujours... parce que y a des jours, parce que tu vas avoir de
159 l'aide ce jour-là, tu pourras plus être dans le relationnel, donc un peu plus de temps et tu vas
160 en profiter de ce temps avec le patient vers des choses... Et y a des jours, t'es « rik-rak ».
161 Alors, tu sais ce que je fais-moi, je le dis, c'est-à-dire : « excusez-moi monsieur, mais
162 aujourd'hui j'ai peu de temps, on est un peu juste en personnel, je suis moins près de vous
163 aujourd'hui, mais on aura l'occasion d'y revenir ou quoi... ». Dire aux gens, pourquoi « ouais
164 » toujours ! Dire aux gens pourquoi t'es un peu moins présent aujourd'hui ou parce que j'en
165 peux plus j'ai passé une nuit affreuse a « dégoubiller », tu peux le dire avec des mots « euh ».
166 Moi j'ai toujours tout expliqué au patient. Tu verras, tu auras besoin de beaucoup de
167 concentration aux branchements, sur ce que tu vas faire, parce que tu vas cadrer ton
168 générateur parfaitement pour pas qu'y est d'ennui ! Et sur ton patient la ponction c'est le
169 temps fort, d'accord. Moi chaque fois quand c'est un peu compliqué, et même quand ça allait !
170 Quand je pique je dis : « je ponctionne », donc silence, ça veut dire ne me parlé plus, je suis
171 dans mon soin. Je ponctionne et donc je repère, je tâte, voilà... même si c'est décidé que tu
172 veux que ce soit comme ça, y a jamais rien d'acquis ! Quand tu fais quelque chose fais-le bien,
173 va jusqu'au bout, point. Tu comprends ce que je veux dire ? Voilà, « euh », est-ce que je suis
174 claire, parce que, voilà, je parle...
175 **Moi** : **oui, après avec ton expérience, au niveau proximité / distance, comment tu**
176 **définirais pour arriver à une proximité ?**
177 **Christelle** : alors attends, attends... tu pourrais répéter la question ?

178 **Moi : oui, c'est pas très clair, qu'est-ce que tu inclus pour arriver à une proximité ou**
179 **plutôt qu'est-ce que tu mettrais dans proximité ? Ou quand tu vois que t'es allé trop**
180 **proche, trop loin ?**

181 **Christelle :** alors ben, moi, écoute, la méthode c'est moi « hen »... Je vais partir sur un petit
182 questionnement de base, tu vois ! Et tu vas voir si la personne a envie ou pas, déjà ! Et y a des
183 gens qui ont pas envie, tu vas pas plus loin. Ils ont envie, alors là tu vas... et, et c'est le
184 questionnement sur eux, sur leur vie, sur ce qu'ils ressentent, j'sais pas... tu vois ! Mais s'il te
185 laisse passer. « Ben » il faut, il faut y aller ! Et quand t'es malade t'as tellement de choses à
186 dire « quoi » ! Si la personne a envie de parler, elle va, elle va prendre toutes les manettes
187 chaque fois, tu comprends ! Mais aller, pour moi c'est par la communication, voilà... et après
188 je te l'avoue, suivant certaines personnes, je, je peux être tactile, ça c'est marrant ! Parce que
189 des fois je me surprends ! Je me dis « ha, t'aurais peut-être pas dû ! ». « Ben », c'est un peu
190 malgré moi ! « euh » tu vois ça se passe bien, tu vois que là tout s'est bien passé, tu dis « voilà
191 on est bien ». Et hop, tu poses la main sur son bras, parce que à un moment donné « bah », tu
192 veux dire : « tout est bien allé aujourd'hui ». C'est une façon d'être avec ton patient.

193 **Moi : de rassurer !**

194 **Christelle :** pas d'être familière, « hen » ! Mais d'être avec lui ! Tu te rapproches de lui, quand
195 tu touches, tu te rapproches tu vois ! Et c'est ça a rien avoir avec de l'affection ! Attention ! Je
196 ne mélange pas ! Mais dire : « voilà, aujourd'hui on a bien bossé », tu vois ! Moi je l'analyse
197 comme ça mon geste, parce que souvent je l'ai eu fait c'était pour dire : « voilà on a bien
198 bossé, c'est une bonne journée », voilà, voilà...

199 **Moi : tu inclus le patient dans le soin ?**

200 **Christelle :** voilà, absolument, exactement... et ça c'est souvent au départ, tu vois ! Quand ils
201 ont compris, mais quand ils sont présents, que tout s'est bien passé... mais un peu comme si tu
202 félicitais un petit finalement, tu vois ! En parlant avec toi, je me dis, mais finalement c'est
203 pour dire : « bah, voilà, c'était bien, on a bien bossé ensemble ».

204 **Moi : oui, il faut inclure le patient...**

205 **Christelle :** pour moi, c'est très important ! Aussi parce que bien souvent qu'est-ce qui met les
206 gens en colère ? Tu as observé, tu observeras ce qui met les patients en colère : « oui on n'est
207 pas venu de suite ou on m'a pas fait ça de suite, ou on m'a donné le cachet trop tard... » C'est
208 parce que t'a pas expliqué à la personne, le pourquoi de ton retard ou ... Et tu le prends pas en
209 compte, tu dis : « voilà je suis pas venu, désolé, j'ai eu une urgence... » Ça peut être n'importe
210 quoi, j'ai pas d'exemple en tête. Mais, parle, parle, parle... c'est un humain, il a besoin de
211 savoir ! En plus souvent c'est des gens de surcroît qu'ils sont malade, donc qui ont encore plus
212 besoin d'explication !

213 **Moi : c'est une forme de porter de l'attention, que tu parles ?**

214 **Christelle :** constamment, c'est ça, pour moi c'est ça « ouais », attentif, tu regardes, tu
215 écoutes... donner de l'attention... « euh », pour moi la distance au soin, elle est en fonction
216 des gens, mais la priorité, c'est, c'est de détecter « euh » chez le patient, ce dont il aura besoin
217 ce jour-là. Parce que des fois, ils ont besoin de rien, ils veulent rien, tu respectes... si tu peux
218 pas sauver tout le monde ou tu peux pas... Y a des jours ils ont pas besoin, pas envies, alors tu
219 dis que t'es là ! Puis c'est tout ! C'est pour ça je te dis, y a pas de 2 choses les même, on est
220 toujours là...

221 **Moi : on sait pas aujourd'hui, comment on va équilibrer...**

222 **Christelle :** s'adapter, moi, pour moi c'est plus s'adapter. Voilà le soin c'est de l'adaptation
223 pour chaque personne. Sachant, que derrière ta ton cadre technique, ton cadre institutionnel,
224 organisationnelle... Et à ça cette dimension humaine qu'on a ou qu'on n'a pas, ou moins ou
225 plus... ça dépend de chacun, et, et cette capacité à t'adapter chaque fois... « Qu'est-ce que

226 j'ai aujourd'hui, comment ça va se passer »... Ta quelqu'un qui est coléreux, parce que y a
 227 quelque chose qui a pas marché, tu vas pas t'y prendre de la même façon, puis quelqu'un qui
 228 est hyper détendu, qui a passé un super week-end, voilà, donc t'es tout le temps dans
 229 l'adaptation, tout le temps, tout le temps... Mais c'est pas fatigant, parce que ce qui est
 230 fatigant, c'est le contraire. C'est quand tu penses qu'il y a des cadres absolument pour tout, et,
 231 et toi tu vas induire des choses qui en face vont pas marcher ! Et là ta fonction elle est
 232 fatigante, parce que tu as des frustrations, t'en induit « euh ». Ça se passe mal dans ton soin.
 233 Alors que si tu es dans cette mouvance constante « bah », écoute, tu sors, ta fais ton job, et là
 234 ça sera pas trop mal passé aujourd'hui, tu vois !

235 **Moi : est-ce que t'as eu une situation où il a fallu que tu remettes un cadre, justement ce**
 236 **qu'on dit institutionnelle où il a fallu...**

237 **Christelle :** moi, une paire de fois c'était pas tant dans le soin, c'était dans le comportement
 238 des gens. Alors je parle d'institution, mais on est pas trop dans l'institution, mais des gens qui
 239 te manquent de respect « hein » ! T'as des mecs qui ont pas froid aux yeux quand ils te
 240 parlent, il te parle de « Q ». Donc là t'es obligé de rappeler à l'ordre en disant : « attention, je
 241 suis là pour vous prodiguer des soins, mais on sort pas de là ». « quoi ». Après tu te mets pas
 242 en colère pour autant. Mais les choses, elles sont dites, points : « vous pouvez pas vous
 243 permettre de me parler comme ça ! Voilà et je suis madame B., je suis pas Christelle ». Et tu
 244 vois ! Alors moi je le fais gentiment, mais voilà ! Et dans le cadre de l'organisation, tu veux
 245 dire ?

246 **Moi : pas forcément dans le cadre de l'organisation, mais dans le prendre soin, comment**
 247 **tu t'y prends pour une situation où il a fallu rappeler un cadre, comme tu viens de me le**
 248 **dire, des patients qui sont pour toi difficiles ou qui ont des propos déplacés...**

249 **Christelle :** après souvent tu verras « euh », y a parfois des patients exigeant « hein ». Parce
 250 qu'attention... tu vas vite le détecter aussi ! Là aussi leur rappeler, par exemple que il y a une
 251 organisation dans le temps pour la dialyse, « hen », c'est 13h30 une première position, puis
 252 une 2^e, 3^e... on est obligé de fonctionner comme ça, pour que ça tourne etc, etc... oui tu tu
 253 dois rappeler dès fois ! Mais si tu expliques bien tout !

254 **Moi : tout passe par la communication !**

255 **Christelle :** (rire) toujours, toujours, toujours... c'est clair de toute façon...

256 **Moi : bon, et bien moi, j'ai fini mon entretien. Si tu vois quelque chose que tu veux**
 257 **rajouter, sur ce qu'on vient de parler le prendre soins, la proximité, la distance, la**
 258 **posture...**

259 **Christelle :** ça moi je te dirais, je vais te dire ça, parce que j'espère que ça peut accompagner.
 260 « Euh » La notion de soin s'accompagne de cette forme de neutralité aussi. C'est à dire « euh
 261 », tiens tu vas avoir des situations très pénible « hein », on est humain et puis y a des jours, on
 262 est fatigué... essayes de prendre de la distance, toujours. Parce qu'on est vite dedans, parce
 263 que ça te renvoie le grand-père ou ton petit... attends tu feras peut-être pas que de la dialyse,
 264 et essayes de te dire : de rester en neutralité. C'est-à-dire, ça veut pas dire que tu t'intéresses
 265 pas, au contraire, tu, tu es plus performant en restant neutre qu'en restant dans l'émotion, tu
 266 vois ! Je pense entre-autre à la réanimation, aux urgences, j'espère pour toi que tu auras peut-
 267 être l'occasion d'y aller. Mais là tu apprends à gérer tes émotions. Parce que plus tu, tu vas être
 268 altéré par quelque chose, c'est souvent le cas et moins tu seras à l'aise, et tu seras performant,
 269 et qu'est-ce qu'on te demande : d'être opérationnel ! « Euh » Un cardio qui va pas bien, un
 270 type qui est en train de crever, tu, tu vas pas « voilà », il faut y aller là « hein ». Voilà tu mets
 271 la casquette de je suis un petit ouvrier pour l'instant j'agis, point. Tu verras après le reste ! Tu
 272 vois !

273 **Moi : donc les sentiments viendraient après ? Mais au fur à mesure, tu penses que ça**
 274 **s'apprend ou on va dire un peu le mot « se blinder »!**
 275 **Christelle :** « ouai », alors c'est pas se blinder, parce que se blinder, ça voudrait dire que tu, tu
 276 vas te fermer à plein de choses pour le restant d'une carrière. Non, c'est de rester neutre, de
 277 prendre du recul.
 278 **Moi : Et ça, ça évolue au fil du temps !**
 279 **Christelle :** « ouais, ouais », ça c'est obligé, c'est obligé... Et aussi une chose, moi je me suis
 280 toujours appliquées. Je sais pas c'est... je te le dis comme je l'ai ressentie comme je le ressens
 281 encore. Chaque personne est unique, donc « euh » ce qui peut marcher pour l'un, ne va pas
 282 marcher pour l'autre. La distance que tu vas prendre pour un, n'est pas la distance que pour la
 283 même raison tu prendras pour l'autre. En fait j'y reviens, mais s'adapter, s'adapter, s'adapter...
 284 T'es tout le temps là-dedans ! Pour moi la distance y en a n'a pas qu'une, voilà !
 285 **Moi : et bien merci pour cet entretien, et pour m'avoir accordé de ton temps.**
 1

2.4. Entretien 4.

Marine est une infirmière âgée de 27 ans. Elle travaille en hémodialyse depuis l'obtention de son diplôme en 2016, et fait quelque mission d'intérim en parallèle.

1 **Moi : Dans mon travail de recherche, je m'intéresse au prendre soin. Qu'est-ce que ça**
 2 **représente pour vous le prendre soins ?**
 3 **Marine :** alors pour moi, le prendre soins, c'est prendre une personne en charge, notre patient
 4 en charge de manière globale, en général « euh ». Donc avec sa maladie, avec son histoire de
 5 vie « euh », selon ses capacités physiques et intellectuelles aussi ... et du coup, avec pour
 6 moi, dans le prendre soin, c'est... Y a le côté soin et bienveillance du coup, bientraitance, et
 7 du coup le côté relationnel, en fait ! Voilà, par exemple les patients qu'on a ici « euh », qu'on
 8 voit 3 fois par semaine. « Ben », on peut avoir un relationnel construit vraiment et « euh ». Et
 9 voilà s'intéresser à leur vie, à savoir comment ça se passe chez eux, enfin toute leur histoire,
 10 en fait ! Pour moi prendre soins c'est réellement pas que le soin c'est aussi le relationnel...
 11 **Moi : d'accord, vous entendez par la bienveillance, vous pouvez m'en dire un petit peu**
 12 **plus ?**
 13 **Marine :** la bienveillance pour moi qu'est-ce que c'est ! « euh, ben », c'est respecter la
 14 personne, voilà ! « ben » pas de violence que ce soit physique ou verbale « euh »...
 15 **Moi : qu'est-ce qui peut venir de vous, qu'est-ce que vous y mettez dans la bienveillance?**
 16 **Marine :** dans ma pratique ? Tu veux dire ?
 17 **Moi : oui.**
 18 **Marine :** « euh, bah » j'ai de je sais pas, c'est difficile de dire... La bienveillance qu'est-ce
 19 que j'y mets ! « ouais » pour moi c'est respecter, j'sais pas c'est vraiment « euh », le côté «
 20 euh, ben », où je vais y mettre de la douceur, je vais pas brusquer les patients « euh euh ».
 21 Même si dès fois, c'est pas facile, parce qu'on est un peu fatiguée, stressée, qu'on n'a pas le
 22 temps etc, etc... « euh... » Ah oui ! Oui ! C'est vrai aussi, y a ça aussi, le côté « euh » Ben de
 23 les prendre comme des adultes, voilà ! Leur autonomie, fin, tout ça c'est de la bienveillance
 24 aussi. Même si des fois eux, ils le comprennent pas toujours. Ils vont vouloir qu'on fasse tout
 25 pour eux, mais le fait qu'on leur laisse faire, c'est aussi pour les aider ! « Euh », ben voilà,
 26 c'est pas les brusquer aussi... Ben dès fois, on est un peu stressée, on a pas trop le temps, on
 27 peut pas faire forcément comme on voudrais faire... Mais on essaye au mieux ! On va dire

28 pour les patients qui ont très peu d'autonomie et qui sont très dépendants, c'est plus compliqué
 29 « quoi » ! Mais pour moi, voilà, ça serait pas de la bienveillance de les brusquer, qui, « euh »,
 30 de vouloir aller vite, vite... Pour que ce soit rapide, et là ça serait l'inverse, on tomberait dans
 31 l'autre côté. Après « ouais » qu'est-ce qui a d'autres « euh » ben, la relation en elle-même,
 32 c'est... elle doit être bienveillante, « quoi ». Je sais pas quoi dire de plus ! « euh... »

33 **Moi : c'est pas grave, c'est très bien « euh »... pour vous c'est d'être bienveillant pour**
 34 **porter de l'attention, en vue de respecter l'autonomie, c'est ce que j'entends un peu dans**
 35 **ce que vous dites !**

36 **Marine :** « ouais, euh », bienveillant après dans le soin en lui-même aussi ! Enfin, après je
 37 veux... c'est tellement global, mais « ouais »... Fin, on le voit dans plein d'autre chose... Par
 38 exemple, je vais dire le jour où je suis très fatigué « euh », je sais que je ne vais prendre les
 39 choses un peu plus à cœur. Et dès fois, des patients qui vont dire une réflexion « euh » que je
 40 vais pouvoir prendre mal ! « euh, bah » c'est à moi, de prendre sur moi, de le garder... ça
 41 serait de la malveillance ou pas de la bientraitance de réagir et de piquer ! Fin, alors que lui
 42 son but c'est pas forcément ça, il comprendrait pas et puis voilà, il a pas demandé de se faire
 43 agresser en retour, mais bon ! C'est ça qui est, c'est l'équilibre qui est dure à juger, justement
 44 dans le côté chronique. C'est que, eux ils nous connaissent bien, ils nous voient tous les
 45 jours... donc dès fois, ils ont des habitudes, enfin, ils prennent leur aisance avec nous. Qui,
 46 qui sont... « ben »... mais nous aussi on a des familiarités dès fois aussi avec eux, et dès fois
 47 ne pas basculer dans ce côté-là et qui peut être pas terrible pour le côté bienveillant, quoi !

48 **Moi : il y a une certaine proximité entre vous et le patient ?**

49 **Marine :** « ouai, ouai, ouai »... c'est sûr « hein » on est comme leur famille, c'est vrai qu'en
 50 fait ils viennent là 4 heure 3 fois par semaine, on les voit beaucoup... Bon on est quand même
 51 nombreux, ça tourne quand même pas mal, mais souvent ils revoient les mêmes « et, euh ».
 52 Par exemple, un patient qui est... Avec qui je m'entends très bien, et qui, qui se sent très à
 53 l'aise avec moi, j'ai jamais vraiment eu besoin de mettre de barrière à ça. Ça a toujours été
 54 fluide. Et un jour, il était intervenu dans un soin avec une autre patiente. En fait, il s'est mis au
 55 milieu de la conversation, il a commencé à lui parler de moi en mal, en disant que je souriais
 56 pas, que y avait des choses qui avaient changé, donc je l'ai un peu remballé, j'y ai juste dit : «
 57 monsieur allez-vous installer dans votre lit, je m'occupe de telle patient, on parlera après... ».
 58 Et je l'ai vexé mais je l'ai pas su tout de suite ! Il est allé voir les cadres, en disant qu'il voulait
 59 plus que je m'occupe de lui, qu'il voulait plus avoir à affaire à moi. Et même pendant presque
 60 un mois, je ne suis pas allée ! Et je suis même pas retournée pour parler pour quoi que ce soit.
 61 Et un jour, hop comme si de rien était, il est revenu vers moi. Il recommence à me parler...
 62 Mais c'est un peu comme un couple les relations avec les patients, en fait ! C'est « euh », on
 63 se voit trop, hop on se dispute, puis hop on se rabiboche... C'est pour ça, que le côté « euh »
 64 de ce qui est important, c'est aussi... C'est voilà, trouver l'équilibre. Mais on peut pas non
 65 plus, trop catégoriser le truc, relation distance, fin, ça s'adapte à chaque personne. Y a des
 66 personnes avec qui on sait qu'on peut être plus proches, des personnes avec qui il faut mettre
 67 des barrières dès le début sinon on s'en sort pas, quoi !

68 **Moi : des limites, comme là dans cette situation où du coup, ça vous a remis en**
 69 **question...**

70 **Marine :** pour le coup, là... je me suis dit : oui, là... Il a même parlé de moi et de mon
 71 intimité, alors que je n'ai rien raconté ! Mais en suggérant aux cadres que « ben » si j'étais pas
 72 bien, c'est que dans ma vie amoureuse ça n'allait pas ! Alors que je ne lui ai jamais parlé de ça
 73 ! Mais aussi il se permet de faire des jugements et de parler de choses personnelles, au travail,
 74 à mes cadres « euh »... Je pense que là il faut peut-être que je revienne un peu plus, un peu
 75 moins... Mais finalement je fais rien de plus. Fin, j'étais juste, je rigolais avec lui, je rigolais à

ses blagues, voilà ! Je le laissais dire ce qu'il voulait, quoi ! Mais je racontais rien d'intime, et « bah » du coup je suis un peu plus froide. Voilà, je reste professionnel, mais en même temps, je suis là pour une relation cordiale, mais je suis un peu plus distante, on va dire.

Moi : ça vous a appris à avoir une posture un plus... ou un positionnement, est-ce qu'il a fallu respecter un positionnement imposé par un cadre ou...

Marine : non c'est moi-même. La cadre n'est pas venue me dire quoi que ce soit...

Moi : je voulais dire cadre pas le personnage mais institutionnel !

Marine : moi je ne suis pas vraiment posé de questions particulières, alors je me suis dit... Bon déjà je ne sais pas quand est-ce que j'allais pouvoir le revoir, le prendre en charge... Et puis, c'est venue naturellement, c'est lui qui a commencé à me reparler, je me suis retrouvé dans son secteur un jour. Et quand même j'avais un peu de stress, puis finalement, c'est lui qui a dit : « oh, Marine c'est un peu comme ma fille ». J'ai dit : « oui, mais vous m'avez car même pas voulu pendant un mois », puis il a dit : « oh, mais ça c'est du passé ». Voilà, puis on est plus revenu dessus. Mais c'est moi qui me suis dit : « bon, comment on va faire pour que ça se passe plus comme ça », quoi ! Après, ça c'est fait, voilà, en fait sans vraiment réfléchir « euh », ça s'est fait tellement au jour le jour, y a des jours où lui aussi il a des périodes peu d'euphorie, où il est très volubile, et puis moi ça va être le jour où, « ben » je vais avoir du mal ! Tout s'adapter en fait ! Que ce soit pas forcément... On peut compter sur les collègues aussi, voilà !

Moi : et quand ça s'est passé, est-ce que vous l'avez revu ça en équipe, avec les cadres, puisqu'elles sont intervenues, puisqu'il est allé les voir ?

Marine : alors elle, quand elle l'a su, elle est venue me demander ce qui s'était passé ! Au début j'ai pas compris, parce que il en avait même pas parlé à moi ! Donc, je me suis dit : qu'est-ce qui s'est passé, je m'en suis même pas occupé aujourd'hui de ce patient, en plus. Je m'en n'étais pas occupé, il était intervenu écouter une personne que je m'occupais. Et donc je lui ai expliqué elle me dit : « bon OK ». Et puis après on n'est plus vraiment revenu dessus pendant un petit moment. J'ai juste demandé à ne plus m'en occuper, quoi ! Et puis après, non on n'en a jamais reparlé. On en avait parlé à la relève juste, mais non pas plus.

Moi : ça vous a touché ?

Marine : « ben », oui quand même ! « Ben » c'était un patient que j'appréciais beaucoup, et « euh ouais », de le voir même pas me dire « Bonjour ». « euh » c'était dur !

Moi : et maintenant du coup avec les autres patients, est-ce que vous vous dites : « ben, il faut que je prenne un petit peu de recul » ?

Marine : « ouais » c'est une de mes premières expériences comme ça justement, où j'ai ce retour de « euh », j'sais pas comment on dit... « euh » retour de flamme on va dire. Parce que à chaque fois, j'ai de bonnes relations avec les patients, et c'est plutôt eux qui me confie des choses, ils voient qu'on s'occupe d'eux. Enfin, voilà, c'est plutôt positif on va dire. Et là c'est la première fois que c'était, que le positif se transformait en négatif... Et « ouais » ça m'a fait poser des questions quand même ! Aussi, bon « euh » j'ai pas envie que ça se repasse comme ça avec d'autres patients, et puis surtout je me suis sentie touchée personnellement. Parce que, le côté personnel de ma vie privée, c'était déjà pas facile pour moi à ce moment-là ! Parce qu'en plus qu'il a touché vrai ! Pile poil sans le savoir ! C'est ça le pire ! Donc, je me suis dit finalement il me connaît bien ! Et il a réussi à voir à travers mon comportement ! Mais c'est aussi « euh »... ça m'a fait me remettre en question, aussi ! Sur ce ... « euh ». Qu'il faut que j'arrive à plus filtrer mes émotions aussi ! « euh » Ben, c'était finalement une bonne chose !

Moi : ça serait une bonne chose pour se construire ?

Marine : « ouais », oui ça construit. Ah oui, oui ! De toute façon, tous les jours qui passent, à chaque fois sur l'expérience que l'on peut avoir, « ben » ça construit. « euh » Ben, moi en 4

ans, j'ai énormément changé justement, grâce à tout ça ! J'étais plus moi-même pendant la formation, mais en tant que professionnel, j'avais ce côté très naïf « ouais ». J'avais un peu du mal à mettre des distances, la violence j'avais du mal aussi... L'agressivité, la violence je savais pas du tout comment gérer ça ! Mais finalement, c'est une situation que je trouve maintenant beaucoup plus facile à gérer, qu'une personne qui tombe amoureux de vous par exemple ! On a eu un petit papi, il était complètement à fond... Et des cadeaux tout le temps, il était très tactile... ça c'est... J'ai trouvé ça, encore plus difficile en tant que jeune infirmière, jeunes... Mais y a des jeunes infirmières plus âgées ! Mais qui « ouais »... J'avais du mal à... à refuser, à dire non... J'arrive pas à ... J'arrive pas à...

Moi : à dire non pour les cadeaux !

Marine : non pas forcément pour les cadeaux ! Par exemple, il apportait des confitures, il disait que c'était pour moi. Mais je donnais pour tout le monde ! Mais le côté, bon « euh »... Très tactile je sais pas, voilà ! Le stress ! Il me prenait le bras, très tactile, mais, mais pas, pas incorrect, pas mal placé, mais je sentais que ça pouvait quand même passer ailleurs ! Quoi ! Mais à ce moment-là j'avais du mal, parce que j'avais pas envie de le vexer, et en même temps je voulais garder cette bonne relation, parce que ça me faisait plaisir de m'en occuper, mais en même temps je voulais pas que ça dérive sur autre chose ! Du coup « ben » voilà, c'était dans l'humour on va dire ! Mais je sentais que c'était pas correct, fin, je me dis qu'il fallait quand même que j'arrive plus, mais j'arrivais pas ! Et maintenant je sens que j'arriverai à plus ! En fait j'avais ce côté « euh » comme notre relation amicale où relationnelle où on a envie de plaire, on a envie d'être aimé, et bien c'était pareil avec les patients ! J'étais tellement novice et j'avais envie que ça se passe bien, que du coup j'avais envie d'être aimé, apprécié par eux, et du coup je voyais pas l'autre côté « euh » voilà, de la distance. Fin, je voyais, mais j'arrivais pas encore à ... « euh »...

Moi : c'est cette situation qui vous a apporter, et qui vous affecté, et du coup vous remettre en question, et bon se dire : « bon, il faut que je me construisse, et que avoir une attitude personnelle et professionnelle ?

Marine : « ouais » alors ça, ça a été « euh »... on va dire le dernier, parce que y a pas très longtemps. Mais après toutes les expériences que j'ai pu avoir et puis le fait de prendre de l'assurance, au niveau technique, tout ça... ça fait qu'au niveau aussi relationnel on arrive plus à s'impliquer, parce que c'est vrai qu'au début on est un peu focalisé sur le soin, sur les actes, ça nous stresse aussi, on occulte un peu le côté relationnel. Fin, je l'occulte pas complètement, mais on n'est pas autant disposé, que maintenant au bout de 4 ans, où on arrive vraiment plus... Ah « ben » on pique, en même temps on discute... On arrive à aussi à voir derrière l'autre patient, fin on est plus alerte à tout ! Alors qu'avant on était plus focalisé sur quelque chose de précis, quoi ! Et donc « euh » c'est vrai que ça j'avais du mal ! Ben, je voulais que tout se passe bien au niveau relationnel... Donc, j'étais peut-être pas prête à accepter des choses qui fallait pas accepter. Puis après on a tous nos limites aussi ! Y a des patients, y a des infirmières qui vont pas accepter un mot. Pour moi « euh » j'accepterai par exemple. Mais c'est aussi ça, chaque patient et chaque infirmière c'est dépendant, quoi !

Moi : c'était très intéressant, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le prendre soin !

Marine : « euh », par rapport à tout ce que j'ai dit « euh », Ben non ... « euh... ouais » comme je disais prendre soin « euh », ça va, ça va vraiment plus loin que le soin, ça va plus loin même que le relationnel, ça va ...voilà... Fin surtout dans ce service-là, où c'est vraiment du long terme on va dire. Comme ça peut être dans les maisons de retraite... « euh » Où on les voit tout le temps... C'est prendre soin mais c'est pas sur un moment donné, c'est vraiment tout le temps ... et... Ha, y a un truc, oui que je voudrais rajouter. C'est que j'ai du mal

172 justement c'est au niveau du temps en dehors des patients et des relèves. C'est dans les
173 moments entre nous où, ben du coup « euh » c'est vrai on se décharge un peu de ce qu'on peut
174 ressentir sur les patients ! Et voilà ! Je trouve que le prendre soins va aussi jusqu'à là. C'est-à-
175 dire de pas de manquer de respect aux patients « euh » quand on parle d'eux ! Par exemple,
176 une patiente qui avec qui ça passe pas bien, ben ne pas l'insulter derrière son dos, fin, « euh »
177 même si c'est difficile, même si dès fois on craque. Ben, je trouve que c'est quelque chose à
178 prendre en compte ! « euh » c'est quelque chose qui se fait beaucoup « euh », alors ça fait du
179 bien, je le conçois que ça fasse du bien d'en parler, d'être d'accord sur le même sujet, de dire :
180 « ouais, il est pénible, on lui fait tout... ». Mais voilà il est comme ça pour certaine raison ! Et
181 je pense que ça lui ferait mal de savoir qu'on parle comme ça ! Et puis comment on peut
182 arriver face à ce patient et lui faire un grand sourire, c'est gentil... Puis derrière faire ça « euh
183 ». C'est un peu comme une relation de couple je trouve, il faut être franc, il faut être vrai, en
184 fait ! Parce que le patient il le sent, en fait si c'est faux. Et il le sent qui y a des personnes avec
185 qui ça passe mieux que d'autre ! Pourquoi, ben parce que il sente la personne qui est pas...
186 Qui a pas envie de le prendre en charge, voilà, y a des personnes qui le cache, y en a qui le
187 cache pas, qui sont vrai ! Après, on peut pas aimer tout le monde, voilà ! C'est des patients, il
188 choisit pas « euh » il faut accepter comme ils sont ! « Ouais » je trouve que c'est ça, ils ont
189 pas choisi d'être malade, ils ont pas choisi d'avoir cette maladie, c'est pas choisi de venir ici «
190 euh » c'est dur ! C'est une maladie chronique, voilà ! Ils savent que à part une greffe, ils seront
191 jamais sauvés, quoi ! Et en plus de ça, « ben » nous juger leur comportement face à la maladie
192 : « Ah ben oui il l'accepte pas, il a du mal à accepter sa maladie... » Ben oui, mais enfin
193 comment on serait nous face à ça ! Moi je pense que je serais une patiente horrible ! Quoi ! Je
194 pense que j'en voudrais au monde entier, je pourrais être méchante avec une infirmière, mais
195 ça peut se comprendre, quoi ! Oui, c'est pas facile à vivre quand même, mais c'est notre
196 métier ! « euh » C'est ... « euh »... Alors voilà que l'on puisse en parler dans les relèves, dans
197 les moments d'échange avec les cadres, quand on fait des staffs etc, etc... C'est pour essayer
198 de trouver une bonne prise en charge pour tout le monde, ça je trouve ça que c'est important,
199 mais dans un côté bienveillant justement ! Par exemple, on a une patiente qui... Elle est
200 dialysée depuis « euh » très, très jeunes, enfants ! Depuis qu'elle a 8 ans je crois ! En
201 insuffisance rénale, elle a eu plusieurs greffes, donc elle a connu que ça, elle a pas de vie
202 sociale, elle a que ses parents, mais là elle a son appartement... Mais c'est un enfant, en fait !
203 Elle a la quarantaine, mais c'est quand même un enfant, elle a géré elle sa maladie puisqu'elle
204 a été en auto-dialyse, donc elle se piquait, elle gérait la machine, tout ça... Puis ça fait 2 ans
205 qu'elle est avec nous ! Elle a été enlevée d'un autre centre pour justement soulager l'équipe,
206 parce qu'elles sont moins nombreuses, donc elle est venue chez nous pour que les équipes
207 tournent plus souvent. « Euh » donc du coup ça fait un moment qu'elle est là, ça fait des
208 moments où ça va mieux que d'autres... Elle est prise en charge par la psy, par l'assistante
209 sociale, elle avait aussi l'infirmière qui fait de l'hypnose qui la prenait en charge... on essaye
210 de survenir à toute ses requêtes, c'est à dire elle a plein de problème parallèle, elle fait des
211 crises « euh » c'est pas c'est d'épilepsie, mais c'est comme une forme d'épilepsie, en fait ! «
212 Euh » comment d'écrire... Tu le vois pas elle tremble pas, elle a comme des flashes de couleur,
213 elle est très sensible à la lumière, au bruit et tout... C'est pour ça qu'elle demande à être dans
214 une salle seule, pas trop de lumière, pas trop de bruit... Fin, elle a plein de requête, elle est
215 très stressée... Donc c'est vrai que dès qu'on arrive, elle nous saute dessus, elle nous
216 demande si, ça, ça, ça... De manière un peu agressive, elle sonne très souvent... Elle a son
217 côté où elle monte très facilement dans les tours... Fin, c'est... Elle a son caractère, quoi ! Et
218 c'est vrai qu'on tourne pour essayer de pas être tout le temps avec elle. Parce qu'avec elle ça
219 peut vite déborder, puis c'est fatigant aussi pour nous. Mais voilà, on a eu un staff

220 récemment, où justement... donc y en avait qui voulait s'en débarrasser, qui voulait la
 221 renvoyer sur son ancien centre ou ailleurs ! Parce qu'il en pouvait plus, que c'était plus
 222 possible... Puis y avait une autre équipe, qui était justement dans : « ben attendez là on va
 223 quand même trouver des solutions ! Ça marche car même plutôt bien ! On va pas tout
 224 déstructurer d'un coup ! Ça va pas aller pour elle... Elle fait des progrès, elle avance... Qu'est-
 225 ce qu'on pourrait faire d'autre de mieux, pour que ce soit mieux, plus vivable... ». Parce que
 226 c'est vrai elle demande beaucoup d'attention, et puis surtout elle occulte le fait qui a d'autres
 227 patients autour d'elle, tout doit se concentrer sur elle, et c'est ça, qui est difficile dans la prise
 228 en charge, on va dire. Mais « ouais » y a eu 2 équipes qui étaient confrontés, et c'est vrai que
 229 le côté « bon, ben on la dégage, on est fatigué », c'est pas très bienveillant, quoi ! Comment
 230 elle, elle le ressentirait, de se dire : « bon ben, ils veulent plus de moi ici ! Je pars, alors que
 231 j'avais mais repères... J'ai déjà une vie horrible parce que ça fait depuis que j'ai 8 ans que
 232 cette maladie, que j'ai jamais eu de travail, j'ai jamais eu de copain, d'amis... » Elle fait des
 233 cures, les amis qu'elle a c'est des amis de 70/ 75 ans, « euh » il n'a pas d'ami de donné son
 234 âge... Fin y a que sa maladie, y a que ça qu'elle gère, donc « euh » c'est aussi pour ça qu'elle
 235 nous sollicite beaucoup, par rapport à ça, quoi ! Donc, « wouais » j'ai trouvé que ce côté-là
 236 c'était pas très bienveillant, quoi !
 237 **Moi : en équipe c'est pas toujours facile à trouver finalement une attitude commune,**
 238 **Marine :** c'est sur on est tous différents, les cadres entre elles n'étaient pas d'accord aussi...
 239 **Moi : et vous face à cette situation difficile comment vous... Vous adoptez, adaptez « euh**
 240 **»...**
 241 **Marine :** mon comportement ?
 242 **Moi : oui.**
 243 **Marine :** « euh » quand je m'occupe de cette personne par exemple !
 244 **Moi : oui.**
 245 **Marine :** « euh » à force de la connaître, je sais que « bah » il faut écouter ses demandes, ne
 246 pas y répondre de suite, mais au moins lui montrer qu'on l'a entendu. Lui dire oui, fin,
 247 l'écouter, vraiment l'écouter « euh ». Dès fois aussi, parler d'autre chose que sa maladie ça lui
 248 fait du bien, sans lui dire : « on parle d'autre chose ». « Euh » lui glisser « des bons, qu'est-ce
 249 que vous avez mangé hier ? Vous avez vu tel programme à la télé ? Et les vacances ? ». Et du
 250 coup, là, on dirait que ça décroche complet, parce qu'on parle pas de son problème réel, en
 251 fait, de sa maladie ! Et là elle est beaucoup plus... Et puis souvent elle va le dire à la fin « ça
 252 s'est bien passé, j'ai pas été trop angoissé, j'ai pas eu mal à la tête... ». Dès fois c'est rien que
 253 ça. Et après quand... Ben, voilà déjà écouté ses demandes c'est important, si on ne peut pas lui
 254 répondre de suite, ben lui expliquer. Dès fois c'est vrai que ça monte, parce que elle voit pas
 255 que... Ben, oui elle a appelé, mais on était occupé ailleurs. Donc ça sert à rien d'être en frontal
 256 avec elle, parce que ça va monter encore plus, donc voilà ! Il faut être prêt ce jour-là à
 257 encaisser l'agressivité parce que des fois... « euh »...
 258 **Moi : du coup il faut y mettre un peu plus de soi ? Un peu plus de dispositions naturelles**
 259 **que professionnel pour montrer qu'on porte une attention.**
 260 **Marine :** voilà, c'est ça, et après si on sent vraiment qu'on est dépassé ce jour-là, Ben on
 261 passe la main à une collègue, quoi ! On le dit...
 262 **Moi : et quand ça c'est bien passé ?**
 263 **Marine :** ben, quand ça se passe bien on est content... « ouais » ça valorise « ouais » aussi...
 264 on a fait du bon travail, quoi !
 265 **Moi : d'accord**
 266 **Marine :** après on peut se dire, c'est juste ça allait bien ce jour-là, y avait pas de souci...
 267 **Moi : c'est comme si avait donné un soin à deux !**

268 **Marine** : « ouais » Oh « ouais » Ah bien sûr, je trouve que justement dans ce métier c'est ça,
269 c'est que quand on a du possible du côté des patients, c'est aussi du positif pour nous. Fin ça,
270 ça rempli, quoi ! Ça, ça fait du bien ! Oui, c'est vrai que c'est du coup du soin pour nous aussi,
271 c'est bien dit comme ça.

272 **Moi** : voilà je vous remercie d'avoir répondu à mes questions, et de m'avoir donné du
273 temps.

2.5. Entretien 5.

Marie, une infirmière de 24 ans, diplômée depuis Juillet 2019. Depuis 6 mois elle travaille dans le service des urgences d'un hôpital de proximité.

1

1 **Moi** : dans mon travail de recherche, je m'intéresse au prendre soin. qu'est-ce que ça
2 représente pour vous?

3 **Marie** : le prendre soin, c'est prendre en charge la personne dans sa globalité et pas seulement
4 de geste technique. Donc, oui, c'est... Oui c'est, prendre en charge en soin toute la personne
5 dans sa globalité, son histoire de vie, ses antécédents, sa famille et tout ça...

6 **Moi** : d'accord, est-ce que il y a des notions pour vous qui vous viennent, fin qui serait à
7 prendre en compte dans le prendre soin ?

8 **Marie** : des notions, « ben » comme je disais « euh » beaucoup de l'histoire de vie, « euh »...
9 Moi je trouve qu'aux urgences on le voit « euh » ... L'histoire de vie va prendre tout son sens,
10 par exemple quelqu'un qui va arriver avec telle ou telle pathologie, si par exemple dans sa
11 famille en a eu ou qui a eu des décès de ses proches. Ça va automatiquement changer notre
12 façon de de prendre en soin, de prendre en charge cette patiente où ce patient. « euh » Les
13 antécédents aussi ça il joue beaucoup, ça va aussi nous orienter...

14 **Moi** : du coup est-ce que ça les angoisses plus, de savoir qui a un antécédent ?

15 **Marie** : « euh » oui oui souvent ça les angoisses plus, parce qu'ils se disent « euh » : « c'est
16 comme la dernière fois, la dernière fois ça engendré tout ceci... J'ai été hospitalisé 1 / 2
17 semaines, je veux pas... » « euh » Souvent l'hôpital ça fait peur, donc les gens ils... Que ça
18 soit pour eux-mêmes ou parce qu'ils ont eu des personnes de leur famille qui a été hospitalisé.
19 Souvent ça fait peur et qui y a le biais nous qu'on a aux urgences, c'est que comme ils
20 attendent souvent longtemps, en moyenne je pense au moins 2 à 3h d'attente en général, mais
21 c'est quand c'est pas beaucoup. Ça, ça engendre encore plus d'angoisse. Donc, ils sont encore
22 plus angoissé, donc du coup, quand j'arrive enfin entre guillemets « à nous », parce qu'il y a
23 plusieurs stades avant d'arriver vraiment aux soignants dans les urgences. ils sont plus
24 angoissés, que quand ils sont arrivés, et c'est vrai que dès fois, c'est difficile de... de trouver la
25 clé pour pouvoir... Qu'il puisse se soulager un petit peu ! De se dire : « bon, je suis là, je suis
26 prise en charge, là « euh » ça se concrétise, je vais enfin savoir qu'est-ce qui se passe !
27 Pourquoi j'ai ça ? ». Et c'est vrai que des fois c'est un peu compliqué, et souvent les
28 antécédents n'aide pas. Par exemple, c'est tout bête quelqu'un qui a des antécédents de douleur
29 thoracique, forcément s'il se représente avec les mêmes symptômes, il va être encore plus
30 angoissé. Parce qu'il sait, entre guillemet à quoi ça peut aboutir !

31 **Moi** : est-ce qu'il y a une attitude personnelle, un peu à vous, pour adapter à des
32 situations difficiles ? Est-ce que vous avez un exemple ?

33 **Marie** : « euh », alors moi c'est vrai que j'essaie d'être toujours souriante, bienveillante, « euh
34 » avec les patients... Alors c'est vrai qu'après ça dépend aussi beaucoup du patient. Parce que
35 des fois, le patient nous rend bien notre bienveillance, en fait. C'est-à-dire que ça va plus

facilement passer avec quelqu'un qui, qui nous comprend souvent. J'ai beaucoup de patients qui me disent : « Oh là là, je comprends votre métier, il est pas facile, vous êtes bien, je suis toujours bien accueilli ici... ». De suite ça va mettre une relation de confiance avec le patient et ça va « ben » du coup, on va pouvoir discuter un peu plus, parler de choses et d'autres, tout bête de la météo... Et quand... C'est souvent des personnes âgées, on parle des enfants, des petits-enfants... De suite ça instaure un peu le climat de confiance et du coup les patients sont détendus et nous ça permet de faire nos soins dans un bon climat. Et « euh » c'est vrai que des fois, voilà, avec le fait que les gens ils attendent, ils sont souvent... Ils peuvent des fois, être un peu agressifs dans leurs propos, dans leur attitude même, sans forcément me dire par des mots ! Et du coup ça peut éventuellement mettre des freins. Alors moi qui suis jeune « euh » dans la profession, que j'ai 6 mois d'expérience peut-être j'ai pas encore toutes les clés pour pouvoir m'adapter à chaque patient. Mais c'est vrai que moi je vois que quand j'ai des patients qui sont... Je vais être plus réticente aux soins, tout ça, je vais plus être en retrait, je vais essayer de les apaiser... Moi j'ai une petite technique souvent pour la prise de sang, je vois les gens qui se crispent, « euh » parce que la prise de sang c'est un acte invasif, donc du coup, ils ont peurs de la douleur, alors je les fais souffler, je les fais un peu parler d'autre chose, et souvent ça les détend. Mais c'est vrai que j'ai pas vraiment, « euh » j'essaye voilà juste de discuter, d'être souriante... Souvent je regarde « euh euh » pourquoi ils viennent ? « Euh » le nom aussi, peut nous indiquer aussi... Voilà j'essaye de... « Ah ben, vous venez de tels endroits, « ben » moi j'habite ici »... Ou, enfin de petites choses comme ça, pour essayer de détendre, et pour que ça passe mieux, voilà ! C'est à peu près ça, mes petites techniques que j'essaye de prendre surtout par l'attitude, de la communication...

Moi : vous essayez de vous, on va dire de vous adapter à la personne, au soin ?

Marie : oui parce que « bah » du coup aux urgences on voit de tout. Bon principalement on voit quand même la personne âgée, mais on peut voir aussi des enfants. Donc de suite avec des enfants l'attitude est totalement différente. Par exemple avec un enfant le tutoiement va plus facilement être mis en place « euh », on trouve des petites techniques aussi, pour que le soin passe mieux. Bon souvent les enfants quand y viennent c'est souvent pour des petites plaies, donc ça aboutit à une suture, un acte qui est encore invasif et douloureux... Donc nous, aux urgences on a le gaz Kalinox, mais voilà, souvent « bah », voilà on leur met... On a notre téléphone, on le sort, on met un petit dessin animé, on fait rester les parents. Bon, on se dit, on fait une chanson... Enfin, on trouve tout, pour essayer de détourner le soin et on a aussi aux urgences un diplôme pour comme quoi ils ont été courageux. Ce genre de petites choses, mais c'est vrai que là l'adaptation ce voit surtout avec les enfants. Quand on a des enfants... ça ... Comment dire le... « Euh » le changement d'attitude et de posture est beaucoup plus flagrant qu'avec un autre type de population. Après, sinon, ben avec... « Euh » Mais avec les personnes âgées on va adapter s'ils ont un déficit, par exemple auditif, visuel... On va adapter aussi par rapport à ça ! « euh » Qu'est-ce qu'on va adapté aussi... Dès fois, certains patients ne parlent pas forcément très bien français, donc on essaye dès fois d'adapter... Moi je vois que... Ben quand j'ai... Y a quelqu'un qu'y a un nom à consonance espagnole ou quoi que ce soit, je vais plus « euh », je vais leur dire de suite que moi mon nom est d'origine espagnole, que je parle un petit peu. Dès fois ça les « euh », ça les détend et du coup ils se disent : « *bon, si jamais je comprends pas tout ce qu'on me dit, j'ai quelqu'un qui peut éventuellement me le communiqué ce qui s'est passé...* » Après souvent ils viennent en famille, y a quelqu'un qui peut faire la traduction. Mais c'est vrai qu'on s'adapte à la personne dans sa globalité. Mais, c'est encore plus flagrant avec les enfants !

Moi : en fait, vous cherchez une forme de similitude avec le patient pour essayer d'être... D'arriver à une certaine adhésion du soin du patient ?

84 **Marie** : oui, et puis il se sent moins « euh »... ça permet de se dire : « bon, cette personne elle
85 arrive elle est en blanc. Oh là là, mon Dieu c'est la blouse blanche ». Du coup peut-être... Du
86 coup ça met aussi une sorte « d'égalité », entre guillemets de se dire : « bah oui, elle est au
87 final... C'est quelqu'un entre guillemets « comme moi », donc ça fait passer... « euh »...

88 **Moi** : vous avez parlé de posture, qu'est-ce que vous entendez vous par posture
89 professionnelle ?

90 **Marie** : « euh » c'est vrai que c'est compliqué de se dire posture professionnelle...

91 **Moi** : est-ce que c'est une attitude, est-ce que c'est régie par un cadre, est-ce que vous
92 répondez à des normes établies par l'établissement ou en équipe pour prendre soin ? Vu
93 que c'est les urgences ça va vite...

94 **Marie** : je ne saurais pas quoi dire, c'est vrai que « euh » aux urgences... Alors déjà en tant
95 que stagiaire, j'avais très peu eu le côté on travaille en binôme, je l'avais eu vu, mais pas
96 beaucoup ! Alors que là on travaille vraiment en... Je dirais presque en trinôme « ouais ». C'est à dire le médecin, l'infirmière et l'aide-soignante « euh ». C'est vraiment « euh », comment dire... C'est vraiment... On fait vraiment « euh » une cohésion entre tous ! Moi je sais que « ben », voilà, je suis arrivée, j'étais toute jeune diplômée, j'ai commencé j'ai été
100 diplômé le 18 Juillet, j'ai commencé le 19, donc je sais que j'ai pu me reposer sur beaucoup «
101 euh », de mes collègues, que ce soit infirmier, aide-soignante... Et c'est ça qui permet, en fait,
102 de créer petit à petit notre posture au fil des jours... De se dire : « Ah bah tiens elle fait
103 comme ça, c'est vrai que c'est pas bête, « euh » je vais l'inclure, mais moi je trouve que je vais
104 le faire un peu différemment de comment elle fait elle ... » Et ça permet entre guillemets « de
105 créer petit à petit notre posture »...

106 **Moi** : donc, en fait... Oui, vu que vous êtes diplômée depuis pas très longtemps, vous êtes
107 encore, on va dire presque en formation de votre posture professionnelle, pour vous
108 situer, ce que j'entends, c'est un peu comme ça ?

109 **Marie** : oui, c'est ça, j'arriverai pas à mettre, en fait, des mots sur qu'est-ce qui peut qualifier
110 ma posture professionnelle actuellement ! « Euh »... Voilà, c'est surtout... Voilà une attitude
111 qu'on a au quotidien que ça soit avec les patients ou l'équipe...

112 **Moi** : est-ce que quand on sort du diplôme, est-ce qu'on est plus basé sur sa technique,
113 façon de faire, faire son soin à prodiguer pour qu'il soit bien, et après on y met un petit
114 peu dans notre attitude, une disposition naturel... Enfin, une fois qu'on sait, est-ce qu'on
115 est plus disposé naturellement ? Vous me dites que vous allez voir comment elle fait
116 elle... De regarder les autres... Oui, on est encore en formation, fin, en train de se
117 former ! Est-ce que du coup pour vous, il faut déjà maîtriser un petit peu sa techniques ?

118 **Marie** : oui oui, c'est... C'est tout à fait ça. Puis, moi je le vois, on est arrivé plusieurs en tant
119 que nouvelle, on est arrivée à 3 ou 4. Et c'est vrai que, en se regardant toutes les 4, qu'on était
120 nouvelle, on a chacune avancé à des stades différents ! « Euh » Et puis bon, on a la chance
121 que notre cadre à son bureau étant dans les urgences. On peut facilement échanger avec elle,
122 et elle échange facilement avec nous sur... « Euh » Comment elle nous sent : à l'aise ou pas...
123 Et c'est vrai que moi, elle me l'a relevé, pas forcément pour moi ! Mais qu'en tant que
124 nouvelle infirmière et une nouvelle diplômée, on avait tendance à... En fait, à se jeter sur le
125 technique, en fait, sur le soin technique... « Euh » Y a un soin technique à faire, on va aller le
126 faire ! Parce qu'on l'a jamais fait ! Très peu vu ! On va se jeter dessus entre guillemets, pour
127 voir comment ça se déroule. Puis après peut-être, voilà... « Euh » mettre en place des
128 techniques pour entre guillemets « que ce soin se passe le mieux », quoi ! Qu'est-ce que... Je
129 pense à un truc tout bête, un soin qu'on voit très peu par exemple : un drain thoracique ça
130 demande qu'on endorme généralement, dès fois le patient. « Bah » On va aller le voir, parce
131 qu'on veut voir le geste ou le médecin qui met le drain et tout ça... Mais peut-être que du

coup « *euh, ben* » le premier on va faire comme ça, le deuxième on va continuer à faire comme ça, mais le troisième on va peut-être plus discuter avec le patient : « *alors vous inquiétez pas, ça va se passer comme si, comme ça ... ça va vous aider à mieux respirer détendez-vous...* » « *Euh* » On va peut-être plus passer sur... La technique étant entre guillemets « acquise », on va passer sur une autre phase. Je me souviens en première année j'avais un des infirmiers qui m'avait parlé de 3 trucs, c'était le : savoir-faire « *euh, euh* » le savoir être et je sais plus le dernier... Et qu'il avait dit que le savoir-être est le plus difficile à acquérir, que du moment qu'on savait faire ça allait ! Mais que le savoir-être était le plus difficile à avoir, et il avait dit que ça s'apprend, mais moi je pense que ça viendra aussi un peu avec l'expérience ! Je pense qu'on commence petit à petit à l'avoir déjà, en fait dès qu'on passe le diplôme, on a cette « *euh* »... On passe de suite infirmier, donc on est de suite jeter dans le bain aussi ! Donc il faut changer notre façon de nous percevoir nous, parce que on n'est plus étudiant et du coup petit à petit on va passer que, on va se sentir professionnelle. Et du coup, la posture allant avec !

Moi : c'est une réflexion ! Est-ce que vous pensez qu'il y a des limites dans le prendre soin ? Des limites qui va de soi ou des limites qu'il faut respecter dans un cadre professionnel, ou par rapport à la relation, un genre de proximité / distance !

Marie : « *euh* » oui moi je pense qu'il y a toujours des limites. Notamment parce qu'on travaille sur de l'humain, donc y aura toujours des limites et aussi parce que nous même on est humain nous aussi ! On a nos propres limites en tant que en : physique ou morale... Qui a des choses que c'est... Moi je peux pas c'est... C'est au-dessus de mes forces, je peux pas aller « *euh* » prendre correctement en charge ce patient où cette patiente. Mais si je pense que c'est surtout, oui, par rapport au patient que... Oui y a certaines limites « *euh* » qui doivent pas être franchies sur... Un exemple j'en aurais pas là en tête, mais c'est vrai que j'essaye toujours de rester dans un cadre. « *Euh* », voilà j'ai du mal dès fois à me dire est-ce que je reste dans le vouvoiement... Surtout quand, en fait, c'est surtout quand on a quelqu'un de jeune face à nous ou qui a, à peu près notre âge. On est un peu entre les 2, à se dire : « est-ce que je tombe dans l'un ou dans l'autre, un tutoiement / vouvoiement ». Et après les limites serait aussi que, en travaillant dans un hôpital de... Donc de proximité et en habitant à proximité de cet hôpital. On est souvent « *euh* » peut être confronté à des gens de notre connaissance, de notre village et ça aussi ça peut être un biais d'une limite, de savoir comment je me positionne face cette personne, que au final je courtois, je connais « *euh* », voilà. Ou même on peut extrapoler jusqu'à la famille ! « *Euh* » Je n'ai pas eu à la prendre en charge, mais j'ai eu quelqu'un de ma famille qui a été hospitalisé et je suis arrivée au moment de la relève, voilà ! Elle a dû partir, elle pouvait sortir après. Mais c'est ça aussi, on se dit : « comment je... est-ce que... est-ce que c'est moi qui vais la prendre en charge ! Parce que du coup, est-ce qu'elle aura...est-ce qu'on sera en confiance ! » Mais d'un autre côté « *euh bah* » y a des choses que j'ai pas forcément, enfin des soins que j'ai forcément envie de lui faire ! « *Euh* » la relation est plus particulière je trouve ! Oui je pense qu'il y a certaines limites comme ça qui...

Moi : quand il y a trop de familiarité pour vous c'est là qu'il faut prendre du recul !

Marie : Oui je pense !

Moi : est-ce que vous voulez me rajouter quelque chose sur le prendre soin ?

Marie : Ben que ça fait une partie intégrante de notre métier. On peut pas « *euh* »... Même si on se dit qu'aux urgences c'est souvent ça ! Le patient n'est pas un numéro, n'est pas un cas, qu'il faut vraiment le prendre en soin dans sa globalité. Et « *euh* » pas se dire c'est juste un cas, c'est juste ça... Et qu'il faut dès fois, en fait, prendre tout ce qu'il y a autour. Et dès fois aux urgences, c'est un peu ce qui peut nous pêcher, parce que ce qui a souvent autour, nous qu'on voit le plus souvent c'est la famille, fin, des accompagnants... Et c'est vrai que dès fois

180 « euh » il y a trop de monde ! Quand il y a beaucoup d'affluence « euh » ou qu'on est
181 submergé de travail. On aura peut-être pas forcément en tête de se dire : « mince j'ai fait mon
182 soin, maintenant le patient il a plus qu'à attendre les résultats, je vais faire peut-être rentrer sa
183 famille ou son accompagnant... », pour que l'attente se passe entre guillemets « mieux ». Et
184 c'est vrai que dès fois, ça peut pêcher dans notre prise en charge ! Mais il faut quand même
185 essayer de le garder le plus en tête que : « oui que le patient, c'est pas juste un cas, un numéro
186 ! », mais qui a tout autour qui entre en jeu !

187 **Moi : c'est difficile de répondre à tous les besoins du sujet individuellement aux**
188 **urgences?**

189 **Marie** : puis souvent ça, c'est toujours entre guillemet, comment dire... On a toujours en fait,
190 les « euh » les patients ont toujours à peu près les mêmes demandes ! Tous, vont nous dire
191 quand ils vont arriver... on les fait se déshabiller « euh », puis il demande : « *je vais rester, je*
192 *vais être hospitalisée...* » « euh » *non c'est juste qu'on le fait pour tout le monde, donc on vous*
193 *laisse vous installer, vous déshabillez pour que le médecin puisse vous ausculter ! Et est-ce*
194 *que je peux boire un verre d'eau, est-ce que je peux manger, est-ce que je peux aller aux*
195 *toilettes, est-ce que je peux voir ma famille...* » C'est toujours en fait, on a toujours les mêmes
196 questions pour les mêmes patients. Et souvent on dit : « *non vous pouvez pas manger, vous*
197 *pouvez pas boire, parce qu'en fait si jamais y a une opération derrière...* » Et en fait on leur
198 dit : que on fait entre guillemet ça, pour chaque patient. C'est vrai que dès fois, de se dire : on
199 va essayer de mettre un peu de personnalité, de personnalisation dans chaque soin, mais je
200 sais que c'est un peu compliqué dès fois aux urgences ! Que c'est « euh », on enchaîne, on
201 enchaîne, on doit voir « euh » je crois en moyenne, on est à peu près à 100 passages par
202 jour... Mais il faut, mais c'est vrai qu'il faut essayer de bien voir toute la globalité du
203 patient...

204 **Moi : oui, dans un premier temps, en premier l'urgence, puisque c'est les urgences et**
205 **après il vient les alentours, alors !**

206 **Marie** : oui, il faut se dire que c'est pas juste ça...

207 **Moi : et bien, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.**

Annexe 3. Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Entretien 1 (Robert)	Entretien 2 (Tristan)	Entretien 3 (Christelle)	Entretien 4 (Marine)	Entretien 5 (Marie)
Prendre soins	Définition de prendre soins	- « penser à tout englober, c'est-à-dire l'état physique du patient et la maladie et ses capacités physiques, et aussi mentale³ (L16-17) - « les capacités aussi relationnelles et environnementales » (L. 17-18) - « doit être totale, en fait, on doit prendre en compte le maximum d'éléments : psychologique, relationnel, « euh » environnemental, physique » (L.24-25)	-« y a pleins de facteurs qui rentrent en jeu » (L. 5-6) - « l'empathie » (L. 6) - « au point de vue psychologique de la personne » (L.11-12) - « y a tout ce qui est les « euh », les à côté, d'une façon globale » (L.12) - « la distance » (L.16) - « plus la personne j'ai envie de dire, parce que c'est pas qu'une pathologie » (L.32) -« c'est mettre du sens à nos actes 'pourquoi je le fais', 'pourquoi je ne le fais pas' » (L. 85-86)	- « être dans la technicité pure » (L. 6) - « prise en compte du patient » (L. 17) - « une partie technique et une partie relationnelle pure » (L. 23) - « c'est un tout. Je peux pas dissocier la technique de... De la prise en charge du tout ce qui peut être personnel et propre au patient » (L. 32-33-34) - « c'est de la générosité entre guillemets le soin » (L. 100) - « la notion de soin s'accompagne de cette forme de neutralité aussi » (L. 260)	-« c'est prendre une personne en charge, notre patient en charge de manière globale » (L. 3-4) - « avec sa maladie, avec son histoire de vie « euh », selon ses capacités physiques et intellectuelles » (L. 4-5) - « c'est réellement pas que le soin, c'est aussi le relationnel » (L. 10) - « c'est respecter la personne » (L. 13-14) - « ça va vraiment plus loin que le soin, ça va plus loin que le relationnel » (L. 167-168) - « c'est dans les moments entre nous où, ben du coup « euh » c'est vrai	-« prendre en charge la personne dans sa globalité et pas seulement de geste technique » (L. 3-4) « son histoire de vie, ses antécédents, sa famille » (L.5) -« souvent l'hôpital ça fait peur » (L. 17) -« ça engendre encore plus d'angoisse » (L. 21) - « les personnes âgées on va s'adapter s'ils ont un déficit » (L. 72) - « on s'adapte à la personne dans sa globalité » (L. 80) -« essayer de garder le plus possible en tête que : « oui que le patient, c'est pas juste un cas, un numéro ! Mais qui a tout autour qui entre en jeu ! » (L. 185-186)

					qu'on se décharge un peu de ce qu'on peut ressentir sur les patients » (L. 172-173)	
	Réponse aux besoins subjectifs	- « Tout dépend de l'objectif thérapeutique, si c'est un curatif ou si on en préventif » (L. 5-6) -« chaque situation est complètement différentes » (L. 19)	-« comprendre ce qu'il ressent » (L.8) - « on peut pas répondre à tous les besoins, enfin il faut faire la différence entre besoin et envie » (L. 76-77)	-« ça va être très différent des uns aux autres » (L. 11-12) - « ce qui va être propre au patient : de sa vie, son ressenti » (L. 25-26) -« je suis avec lui, point final sur ta vie privée, sur le planning, sur le temps, sur tout... Tu es avec le patient » (. 136-137-138) - « y a des gens qui ont pas envie, tu vas pas plus loin » (L.183) -« qui ont encore plus besoin d'explication » (L. 211-212) -« attentif, tu regardes, tu écoutes... Donner de l'attention » (L. 214-215)	- « y a le côté soin et bienveillance du coup, bienveillance, et du coup le côté relationnel » (L. 6-7) -« je vais y mettre de la douceur, je vais pas brusquer les patients » (L. 20) -« mais enfin comment on serait nous face à ça » (L.193) - « on essaye de survenir à toute ses requêtes » (L. 209-210) - « elle demande beaucoup d'attention, et puis surtout elle occulte le fait qui a d'autre patients autour d'elle » (L. 225-226) - « elle nous sollicite beaucoup » (L. 234) - « il faut écouter ses	-« ça dépend aussi beaucoup du patient » (L. 34) - « les patients sont détendus et nous ça permet de faire nos soins dans un bon climat » (L. 41-42) - « les patients ont toujours à peu près les mêmes demandes » (L. 190)

				-« détecter « euh » chez le patient, ce dont il aura besoin ce jour-là » (L. 216-217) - « chaque personne est unique, donc « euh » ce qui peut marcher pour l'un, ne va pas marcher pour l'autre » (L. 280-281)	demandes, ne pas y répondre de suite, mais au moins lui montrer qu'on l'a entendu » (L. 245-246) - « si on peut pas y répondre de suite, ben lui expliquer » (L. 253-254)	
	Autonomie	-« le sortir de la maladie » (L.4) - « l'éduquer à sa prise en charge » (L.8) - « la convalescence se passe le mieux possible » (L. 12-13 ») - « le 'non' c'est pour leur rendre service aussi » (L.70-71)	-« pour favoriser son autonomie, voilà. On va pas rentrer dans les envies bêtement, il faut qu'on mette du sens derrière » (L. 84-85)	-« je vais l'accompagner dans le soin » (L. 47-48) -« Parce que derrière, c'est lui le soin » (L.91)	-« de les prendre comme des adultes, voilà ! Leur autonomie, fin tout ça c'est de la bienveillance » (L.23) - « mais le fait qu'on leur laisse faire, c'est aussi pour les aider » (L. 25)	-« c'est difficile de trouver la clé pour pouvoir... Qu'il puisse se soulager un petit peu » (L. 24-25)
	Soins mutuels	-« pour que ça se passe le mieux possible » (L. 12)	-« pour faire au mieux » (L.36)	- « tu peux pas faire un soin sans faire ça. Ou alors c'est un mauvais soin » (L. 61) - « et moi l'objectif	- « quand ça se passe bien on est content... « ouais » ça valorise « ouais » aussi... On a fait du bon travail » (L. 263-264)	-« dès fois, le patient nous rend bien notre bienveillance » (L. 35) - « pour que le soin se passe mieux » (L.62-63)

				c'est d'avoir un patient apaisé. Avec un soin réussi. » (L. 92) - « Plus il va te percevoir tranquille, apaisé et donnant confiance et plus le reste va être bien » (L. 125-126) - « voilà on est bien » (L.190-191) -« on a bien bossé ensemble » (L. 203)	- « dans ce métier c'est ça, c'est que quand on a du possible du côté des patients, c'est aussi du positif pour nous » (L. 268-269) - « c'est du coup du soin pour nous aussi » (L. 270)	
	Expérience	-« en début on est dans le soin, d'en prendre soin, on va beaucoup être dans le soin technique » (L. 10-11) -« c'est des grandes règles de soin qu'on doit tous les respecter » (L. 30-31) - « on sait où on doit aller, on a des objectifs et ça évite de s'éparpiller, donc « euh » de faire des erreurs » (L 79-80) - « les règles dans le soin d'asepsie »	- « savoir qui on a en face de soi » (L. 32) - « ça peut-être intuitif, mais avec l'expérience, c'est vrai que 'euh' qu'on va apprendre plus, c'est allier le patient au soin » (L. 97-98)	-« être parfaite sur le plan technique » (L. 27) - « je suis dans mon truc purement infirmier » (L. 54-55) - « tu peux te poser la question de : pourquoi je suis infirmière ? ça c'est un peu de l'inné. Et là moi, j'ai pas de réponse encore ! » (L.85-86-87) - « tu vas avoir tes références professionnelles » (L.149) - « ça c'est tes	- « c'est venu naturellement » (L.85) - « tous les jours qui passent, à chaque fois sur l'expérience qu'on peut avoir, « ben » ça construit » (L. 122-123) -« mais après toutes les expériences que j'ai pu avoir et puis le fait de prendre de l'assurance, au niveau technique, tout ça... ça fait qu'au niveau aussi relationnel on arrive plus à s'impliquer »	-« on a chacune avancé à des stades différents » (L. 120) -« mais en tant que nouvelles infirmière et une nouvelle diplômée, on avait tendance à... En fait, à se jeter sur le soin technique » (L. 123-124-125) -« le premier on va faire comme ça, le deuxième on va continuer à faire comme ça, mais le troisième on va peut-être plus discuter avec le patient » (L. 132-133) -« ça fait partie intégrante de notre

		(L.95) - « y a des éléments à mettre dedans, après on fait sa sauce » (L. 111)		références de soins » (L. 150) - « ton cadre professionnel, ton savoir-être, ton positionnement » (L. 151-152) - « tu auras besoin de beaucoup de concentration » (L. 166-167) - « y a jamais rien d'acquis » (L.172)	(L. 152-153-154) -« c'est pas facile à vivre quand même, mais c'est notre métier » (L.195-196)	métier » (L. 174)
Distance	Excès de distance	- « Le professionnel n'aura pas forcément la même relation que la personne qui connaisse dans la rue » (L. 43-44). - « ajustements au niveau de la relation » (L.123) - « une relation évolutive, c'est obligatoire » (L. 123-124)	- « ça peut poser problème, trop éloigné aussi » (L.17) - « c'est pas parce qu'on vouvoie quelqu'un qu'on peut être quand même proche » (L.20-21)	- « tu es toujours dans cette adaptation » (L.81) -« Tu verras des personnes, ça se passe un peu moins. Alors ç dépend de ce que toi tu vas vouloir faire de ta fonction » (L. 95-96-97) - « ce que toi t'as envie de donner » (L.99) - « comment je vais être ce jour-là, dans mon soin » (L.111) - « c'est en prenant du recul, que tu vas être apaisé toi, pour	-« des personnes avec qui il faut mettre des barrières dès le début, sinon on s'en sort pas » (L. 66-67) - « du coup je suis un peu plus froide » (L. 77) - « j'ai juste demandé à ne plus m'en occuper » (L. 102) - « c'est la première fois que le positif se transformait en négatif » (L. 112-113) - « j'avais un peu du mal à mettre des	-« Ils peuvent dès fois, être un peu agressifs dans leurs propos, dans leur attitude même, sans forcément me dire par des mots ! Et du coup ça peut éventuellement mettre des freins » (L.43-44-45) - « je vais être plus réticente aux soins, tout ça, je vais plus être en retrait » (L. 48)

				mieux diriger ton soin » (L.116-117) - « si je suis pas en phase j’y vais pas » (L. 135) -« dire aux gens pourquoi t’es un peu moins présent aujourd’hui » (L. 164) - « y a des jours ils ont pas besoin, pas envies, alors tu dis que tu es là » (L. 218-219) - « tu vas avoir des situations très pénibles « hein », on est humain et puis y a des jours, on est fatigué... Essayes de prendre de la distance » (L. 260-261)	distances, la violence j’avais du mal aussi... L’agressivité, la violence je savais pas du tout comment gérer ça » (L. 125-126) - « il faut accepter comme ils sont » (L. 188) - « ça sert à rien d’être frontal avec elle, parce que ça va monter encore plus » (L. 255-256)	
	Juste distance	-« la distance thérapeutique elle est importante autant pour moi, mais aussi	-« ajuster sa distance » (L. 16) - « en psychiatrie, c’est important de	-« c’est le plus dur » (L.64) - « elle est la composante d’un tas	-« c’est l’équilibre qui est dure de à juger » (L. 43) - « besoin de mettre	- « j’ai 6 mois d’expérience peut-être j’ai pas encore toutes les clés pour pouvoir

		pour la qualité des soins » (L.48) - « qui était le plus difficile en tant que jeune infirmier, qu'aujourd'hui j'ai appris à faire, pour me protéger déjà » (L. 58-59) - « apprendre à dire 'non' » (L.60) - « j'évolue dans mon raisonnement » (L.81)	poser une distance, de savoir à qui on a à faire » (L. 30-31) - « dans notre formation on apprend aussi des règles de distance » (L. 35-36) - « avec l'expérience qu'on est plus à même de « ben » de se rapprocher de d'un patient » (L.39-40)	d'événement de tous les jours, toujours... De toi, de l'autre » (L.79-80) -« c'est à la juste mesure de chacun » (L. 99-100) - « il y a une composante chez les uns et les autres » (L.103-104) - « c'est toujours en questionnement, ça c'est sûr ! Mais c'est bien, c'est notre profession ! » (L.108-109) -« la distance au soin, elle est en fonction des gens » (L. 215-216) - « tu es plus performant en restant neutre qu'en restant dans l'émotion » (L. 264-265) -« tu apprends à gérer tes émotions » (L. 266) - « rester neutre, prendre du recul » (L. 275-276) -« la distance que tu	de barrière » (L. 53) - « ça s'adapte à chaque personne » (L. 65) - « ça m'a fait poser des questions » (L. 119) - « il faut que j'arrive à plus filtrer mes émotions » (L.120) - « j'avais du mal, parce que j'avais pas envie de le vexer, et en même temps je voulais garder cette bonne relation » (L. 138-139) - « chaque patient et chaque infirmière c'est dépendant » (L. 163) -« ça peut vite déborder, puis c'est fatiguant aussi pour nous » (L.218-219)	m'adapter à chaque patient » (L. 46-47) - « ça met une sorte d'égalité » (L. 86)
--	--	--	--	--	--	--

				vas prendre pour un, n'est pas la distance que pour la même raison tu prendras pour l'autre » (L. 281-282)		
Proximité	Excès de proximité	-« l'expression 'se faire manger' » (L.46) - « on perd notre empathie » (L.49) - « ça peut créer des nuisances dans le soin » (L.50) -« quand on dit tout le temps 'oui', on prend sur soi » (L.61-62) - « pour moi dans la relation y a du négatif à prendre sur soi. C'est encaisser » (L.63)	- « trop rapproché « bah » ça peut poser problème » (L.17) - « en début de carrière on peut faire des écarts » (L. 27) -« pour reposer le cadre etc... C'est compliqué » (L. 30) - « parce qu'on sait que ça peut déborder » (L. 40-41) -« il faut faire attention à notre contre-transfert, aussi parce que le patient peut « euh » lui faire un transfert » (L. 45-46)	-« suivant certaines personnes, je peux être tactile » (L. 188) -« c'est une façon d'être avec ton patient » (L. 192) - « tu te rapproches de lui, quand tu touches » (L. 194-195) - « des gens qui te manquent de respect » (L.238-239)	-«dans le côté chronique. C'est que, eux ils nous connaissent bien » (L. 44) - «ils ont des habitudes, enfin, ils prennent leur aisance avec nous » (L. 45) - « mais nous aussi on a des familiarités dès fois aussi avec eux, et dès fois ne pas basculer dans ce côté-là et qui peut-être pas terrible pour le côté bienveillant » (L. 46-47) - « on se voit trop, hop on se dispute, puis hop on se rabiboche » (L. 63) - « y a des personnes avec qui on sait qu'on va être plus proches » (L.65-66)	-« on travaille sur de l'humain, donc y aura toujours des limites et aussi parce que nous même on est humain ! on a nos propres limites en tant que en : physique et morale » (L.150-151) -« on est souvent « euh » peut être confronté à des gens de notre connaissance » (L. 161) -« enfin des soins que j'ai pas forcément envie de lui faire » (L. 169)

					- « il se permet de faire des jugements et de parler de choses personnelles » (L. 73) - « je rigolais avec lui, je rigolais à ses blagues » (L. 75-76) - « je me suis dit finalement il me connaît bien ! Et il a réussi à voir à travers mon comportement ! » (L. 117-118) - « j'ai trouvé ça encore plus difficile en tant que jeune infirmière » (L. 130) - « très tactile je sais pas, voilà ! Le stress ! » (L. 136) « J'étais tellement novice et j'avais envie que ça se passe bien, que du coup j'avais envie d'être aimée, appréciée par eux, et du coup je voyais pas l'autre côté « euh » voilà, de la distance » (L.144-145-146)	
--	--	--	--	--	--	--

	Similarité	-« parce que je les connais, souvent avant d'aller chez eux » (L.38) - « chaque relation 'ben', va évoluer entre 2 individus » (L.94-95) - « pour des situations de stress, donc peut-être voir un visage connu » (L. 121)	-« tu peux passer par des outils, par soit le tutoiement, le vouvoiement » (L.19-20) - « c'est aussi ce que l'autre nous renvoie » (L.44-45) -« une similitude positive ou même négative » (L. 49)	-« tu vas prendre contact avec le patient, tu vas l'informer, tu vas aller vers lui doucement » (L. 42-43) - « je vais aller vers mon patient, pour savoir comment va être mon patient » (L. 43-44) -« en face de toi, tu as quelqu'un qui est humain, et toi-même tu es humain » (L. 70-71) - « la méthode c'est moi « hen »... Je vais partir sur un petit questionnement de base » (L.181-182) - « c'est par la communication » (L. 187)	-« on peut avoir un relationnel construit » (L. 8) - « on est comme leur famille » (L. 49) - « on les voit beaucoup » (L. 50) - « c'est un peu comme un couple les relations avec les patients » (L.62) - - « parler d'autre chose que sa maladie ça lui fait du bien » (L. 247-248)	-« mettre une relation de confiance avec le patient et ça va « ben » du coup, on va pouvoir discuter un peu plus, parler de choses et d'autres » (L. 38-39-40) - « avec les enfants le tutoiement va plus facilement être mis en place » (L. 61-62) -« essayer de détourner le soin » (L. 68) -« j'ai du mal dès fois à me dire est-ce que je reste dans le vouvoiement... Surtout quand, en fait, c'est surtout quand on a quelqu'un de jeune face à nous » (L. 156-157)
Posture Professionnelle	Attitude personnelle (« soi personnel »)	-« s'adapter ça va être ça va être « euh »... Par rapport au positionnement et aussi « euh » comment on va pratiquer, non pas	-« c'est aller vers l'autre » (L. 44) - « nous sommes prudent » (L. 58) - « créer un climat de confiance, pas un climat mais une	-« comment je suis avec le patient, comment je dois me comporter, comment je vais m'adapter à lui » (L. 8-9) - « le savoir-être »	-« c'est à moi, de prendre sur moi, de le garder... ça serait de la malveillance ou pas de la bientraitance de réagir et de piquer »	-« j'essaye d'être toujours souriante, bienveillante » (L. 33) -« je vais essayer de les apaiser » (L. 49) -« mes petites techniques que j'essaye de prendre,

		comment on pratique le soin parce que c'est des grandes règles de soin qu'on doit tous les respecter. Ça sera plus dans le relationnel » (L. 29-30-31) -« règles de politesse » (L. 95) - « dès qu'il y a individus, pour moi, il y a « euh » une sphère d'élément chez chaque individu, autant on peut prendre dix soignants, les dix soignants seront complètement différents, mais dix patients, les dix patients seront différents aussi » (L. 98-99-100) - « c'est aussi une qualité importante de savoir s'adapter » (L.105)	réelle confiance « voilà ». On va pas mentir au patient, on va dire la vérité au patient, c'est alliance thérapeutique » (L. 93-94-95)	(L.10) - « comment je positionne avec la personne ce jour-là, à tel moment, compte tenu des événements autour » (L. 67) - « je me pose, je prends la température » (L. 122) - « cette dimension humaine qu'on a ou qu'on a pas, ou moins ou plus » (L. 224-225)	(L. 40-41) - « il faut peut-être que je revienne un peu plus, un peu moins » (L. 74-75) - « c'est moi qui me suis dit : bon, comment on va faire pour que ça se passe plus comme ça » (L. 89-90) - « j'ai énormément changé justement » (L. 124) - « il faut être franc, il faut être vrai, en fait ! Parce que le patient il le sent, en fait si c'est faux. » (L. 183-184) - « Qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre de mieux, pour que ce soit mieux, plus viable » (L. 224-225) - « il faut être prêt ce jour-là à encaisser l'agressivité » (L. 256-257)	surtout par l'attitude, de la communication » (L. 56-57) -« avec les enfants l'attitude est complètement différentes » (L. 61) -« mais c'est vrai que là l'adaptation ce voit surtout avec les enfants » (L. 69) -« le changement d'attitude et de posture est beaucoup plus flagrante qu'avec un autre type de population » (L. 70-71) -« le savoir-être est le plus difficile à acquérir » (L. 138-139) -« savoir comment je me positionne face à cette personne » (L. 162-163) -« c'est vrai que dès fois, de se dire : on va essayer de mettre un peu de personnalité, de personnalisation dans chaque soin, mais je sais que c'est un peu compliqué dès fois aux urgences » (L. 198-199-200)
--	--	--	---	---	---	--

	Attitude professionnelle (« soi professionnel »)	- « mettre des limites en tant que professionnel » (L.40-41) -« le professionnel n’aura pas forcément la même relation que la personne qui connaisse dans la rue » (L.43-44) -« l’avantage du cadre c’est que le patient il va pas s’éparpiller dans tous les sens » (L. 75-76) - « le cadre il est rassurant » (L.78)	-« recadrer les choses ça veut dire « ben » tout simplement expliquer au patient » (L.51) - « on va remettre les choses à la réalité, à leur place » (L.53) - « on est quand même assez rigide pour pas que ça déborde » (L. 63-64)	-« tu composes constamment » (L. 74) - « y a tout ton savoir-professionnel « euh », tout ce que tu vas avoir à acquérir, et après y a une part de toi » (L. 142-143) - « quand tu penses qu’il y a des cadres absolument pour tout, et, et toi tu vas induire des choses qui en face vont pas marcher ! Et là ta fonction elle est fatigante, parce que tu as des frustrations » (L. 230-231-232) -« tu mets la casquette de je suis un petit ouvrier pour l’instant j’agis » (L. 270-271)	-« je reste professionnelle, mais en même temps, je suis là pour une relation cordiale » (L. 77-78) - « on peut compter sur ses collègues » (L. 93) - « on en avait parlé à la relève » (L. 103) - « en tant que professionnel, j’avais ce côté très naïf » (L. 125) -« si on sent qu’on est dépassé ce jour-là, ben on passe la main à une collègue » (L. 260-261)	-« j’ai pu me reposer sur beaucoup « euh », de mes collègues, que ce soit infirmier, aide-soignante... Et c’est ça qui permet, en fait, de créer petit à petit notre posture au fil des jours » (L. 100-101-102) -« une attitude qu’on a au quotidien que ça soit avec les patients ou l’équipe » (L. 110-111) -« ça viendra aussi un peu avec l’expérience » (L. 140-141)
	Positionnement professionnel	-« c’est important aussi pour le professionnel, pour se protéger » (L45-	- « je suis là en tant que soignant » (L.52) -« y a un fonctionnement dans	-« va être dépendant de l’organisation du service » (L. 152-153)	-« que l’on puisse en parler dans les relèves, dans les moments d’échanges	-« j’arriverai pas à mettre, en fait, des mots sur qu’est-ce qui peut qualifier ma posture

		46) -« on est professionnel, mais il y a des choses qu'on ne peut pas faire et qu'on ne doit pas faire » (L. 71-72) - « à chaque positionnement, c'est aussi la difficulté de la relation soignant-soigné » (L. 102-103) - «des positionnements différents à mes collègues par exemple, qui sont plus jeune infirmiers, qui ont moins d'expérience. Donc, certain dire ou actions vont beaucoup mieux passer auprès de patients » (L. 113-114-115)	une unité » (L. 55) - « il faut qu'on aille tous dans la même ligne de conduite » (L. 56) - « il faut qu'on aille dans la bonne direction à peu près, mais il faut qu'on est les mêmes entre guillemets ' règles' » (L. 60-61)	- « c'est de l'adaptation pour chaque personne. Sachant, que derrière ta ton cadre technique, ton cadre institutionnel, organisationnel » (L. 220-221-222) - « T'as des mecs qui ont pas froid aux yeux quand ils te parlent de « Q ». Donc là t'es obligé de rappeler à l'ordre » (L. 237-238) - « leur rappeler qu'il y a une organisation » (L. 247-248) - « on est obligé de fonctionner comme ça pour que ça tourne » (L.249)	avec les cadres, quand on fait des staffs etc, etc... C'est pour essayer de trouver une bonne prise en charge pour tout le monde » (L. 196-197-198) - « c'est sur on est tous différents » (L. 238)	professionnelle » (L.109-110) -« il faut changer notre façon de nous percevoir nous, parce qu'on est plus étudiant et du coup petit à petit on va passer que, on va se sentir professionnelle. Et du coup la posture allant avec » (L. 143-144-145) - « j'essaye toujours de rester dans un cadre » (L. 155-156)
	Influence sur le prendre soins	- « une approche de sa maladie » (L.35) - « ça pose une différence de positionnement » (L.	-« on a beaucoup de mécanisme inconscient qui font qu'ils peuvent troubler la prise en	-« la difficulté technique ça peut induire un comportement « euh » humain	-« c'est pas facile, parce qu'on est un peu fatiguée, stressée, qu'on a pas le temps » (L. 21)	-« de petites choses comme ça, pour essayer de détendre, et pour que ça se passe mieux » (L. 55-56)

		36) -« qualité du soin » (L.45) - « le retour vers l'autonomie puisque le cadre sera posé, on sera où on va » (L. 84-85) - « le cadre peut-être évolutif aussi, en fonction des objectifs, en fonction des capacités du patient, en fonction des soins » (L. 86-87) - « pas de grande recettes pour moi » (L.122)	charge » (L.71)	différent » (L. 12-13) -« t'es toujours dans cette mouvance, pour moi c'est jamais fini, c'est jamais défini » (L.18) - « se poser auprès du patient va définir tout le reste » (L. 123) -« s'adapter, s'adapter, s'adapter... T'es tout le temps là-dedans » (L.283-284)	- « le jour où je suis fatiguée « euh », je sais que je vais prendre les choses plus à cœur » (L. 38-39)	
--	--	--	-----------------	---	---	--

Annexe 4 : autorisation de diffusion du TFE.

 

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 été sélectionné par le Directeur de Mémoire.

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 soussigné(e) (Prénom, NOM) : Delphine PERRIN
promotion : 2017 - 2020

autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse - à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers : (titre du TFE)
La posture soignante entrée équilibrée et adaptation.

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 dans le cahier des charges du travail de fin d'étude.

À Avignon, le 15/05/2020 Signature : Ballequier

IV
Mémoire de fin d'études en soins infirmiers - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
Avril 2019 - MD, CF et HP

La posture soignante entre équilibre et adaptation.

Résumé : Mon travail de fin d'étude porte sur la posture professionnelle dans le prendre soin, car c'est un sujet qui me permet de travailler sur ma future identité soignante. Ce travail de recherche mène sur des pistes de réflexions concernant l'équilibre de la posture soignante en alliant un savoir-faire et un savoir-être. Ma question de départ est : en quoi la posture professionnelle de l'infirmier influence la manière de prendre soin du patient ?

L'apport théorique amène un éclairage sur ce sujet par différents champs : philosophique, psychologique, sociologique. Pour mener mon enquête, j'ai réalisé cinq entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers et d'infirmières exerçant dans des services différents. Les résultats de cette enquête mettent en évidence que chaque soignant et plus particulièrement les infirmières, doivent avoir la capacité de s'adapter à toute situation de soin singulière. Ce qui conduit à la question de recherche : comment la gestion des émotions et de la sensibilité de l'infirmière permet d'optimiser la qualité de s'adapter et trouver un équilibre pour prendre soin. Pour conclure, cette recherche permet de comprendre et d'adopter une posture réflexive pour prendre soin.

Mots clés : prendre soin, posture professionnelle, la juste distance, adaptation.

The medical posture between balance and adaptation.

Abstract : My end of course studies carries on in the professional posture for take care, because it is a subject that allows me to work on my future caregiver identity. This research work leads onto the thoughts concerning the balance of the medical posture by combining know-how and know-being. My starting question is : in what way the nurse's professional posture influences the manner of take care to the patient ?

The theoretical intake sheds a light on this subject by different fields : philosophical, psychological and sociological. To conduct my investigation, i have completed five semi-structured interviews with nurses, both male and female, exercising in different departments of care. The results of this survey show that every carer and more particularly the nurses, must have the capacity to adapt to any unique situation of care. Which leads to the question of research : how the management of emotions and the sensitivity of the nurse allows to improve the quality of adapting to find a balance for taking care. To conclude, this research allows the understanding and to adopt a reflexive posture for taking care.

Keywords : take care, professional posture, the right distance, adapting.