

Mémoire de fin d'étude:

*Unité d'enseignement 3.4 Semestre 6: Analyse de la qualité et traitement
des données scientifiques et professionnelles.*



**«LA JUSTE DISTANCE
DANS
LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ»**

Directeur de mémoire :
Mme SEVRIN Edith

Institut de formation en soins infirmiers :
Emile Roux, Limeil Brevannes

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.4
I. SITUATIONS D'APPEL	p.5
II. CADRE DE RÉFÉRENCE	p.8
a) La relation	p.8
1-Définition de la relation	p.8
2-Relation d'aide	p.12
3-La distance relationnelle	p.13
b) La communication	p.15
1-La communication verbale	p.17
2-La communication non verbale	p.19
3-Les barrières liées à la communication	p.20
c) L'affect	p.22
1-Les sentiments	p.22
2-Les émotions	p.24
III. ANALYSE DES ENQUÊTES	p.27
1-Choix de la méthodologie et description des entretiens	p.27
2-La communication dans la relation de soin	p.28
3-Relation et prise de distance	p.29
3-Agir face aux émotions	p.31
IV. CONCLUSION	p.33
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p.35
ANNEXES	p.36

«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 son auteur».

REMERCIEMENTS:

- À ma directrice de mémoire Mme SEVRIN Edith qui m'a guidée tout au long de ce travail et qui m'a permis que ce mémoire soit ce qu'il est.
- À toute ma famille pour le soutien moral, tout particulièrement à mes deux sœurs Ivanka et Imali, l'une pour ses conseils avisés et l'autre pour la relecture.
- À Paul pour son soutien, ses avis précieux et sa disponibilité.
- À Robin pour la relecture ainsi que pour ses conseils précieux.
- À Prasanka pour son encouragement.
- Aux personnes interviewées.
- À ma patiente Mme X, sans qui ce travail n'aurait pu exister.
- À toutes mes collègues qui m'ont soutenue tout au long de ce travail, tout particulièrement à ma binôme Véronique.

INTRODUCTION:

À l'issue des trois années d'études et à travers les stages que j'ai eu la chance de réaliser, j'ai été particulièrement interpellée par un point clef du métier d'infirmier et je souhaiterai profiter de ce mémoire pour mieux le comprendre et l'analyser. Il s'agit de la dimension «*relationnelle*» dans le métier d'infirmier: on ne peut soigner un patient uniquement en concentrant ses efforts sur l'application des cours théoriques enseignés en IFSI¹. Il est nécessaire de s'investir en tant que «*personne*», c'est-à-dire en utilisant son vécu personnel et son propre sens du contact. De ce fait, dans mon rapport avec le patient, j'attache une importance toute particulière à sa personne, le considérant tout d'abord comme un «*être humain*» et non comme un patient. C'est dans cette logique que j'ai jusqu'à présent construit mon travail.

Néanmoins, au cours de mes stages, il m'a été parfois difficile de trouver un bon équilibre dans ma relation avec le patient, et de me rendre compte des moments où je ne respectais plus une «*juste distance*» avec ce dernier. En discutant avec mes collègues à ce sujet, j'ai pu constater que je n'étais pas la seule personne sensible aux ressentis des patients. Il me semble que tout élève en soins infirmiers et peut-être même certains professionnels médicaux et paramédicaux se sentent concernés par cette problématique. Il convient donc, à l'occasion de ce mémoire, de se pencher en profondeur sur ce sujet complexe afin de mieux le définir et cerner ses implications. À la fin de ce mémoire, je voudrai estimer la distance raisonnable à avoir avec le soigné afin de lui prodiguer les meilleurs soins possibles. Aussi, je saurai ce qu'il faut faire et ne pas faire dans cette optique. Durant mes stages, deux situations de départ m'ont énormément touchées et m'ont laissées pendant plusieurs semaines dans un questionnement constant. À la suite de ces situations, je me suis souvent interrogée sur la qualité des soins que je prodiguais, notamment afin de savoir si je ne dépassais pas les limites imposées par l'exercice professionnel.

Dans une première partie, je vais exposer les deux situations de départ sur lesquelles je me suis basée pour ce mémoire. De ces situations découle ma question de départ. Ensuite,

¹ Institut de formations en soins infirmiers

j'aborderai le cadre de référence qui résulte de cette question ainsi que de la lecture des ouvrages se rapportant à ce sujet. La troisième partie sera consacrée à la méthodologie utilisée pour réaliser mon travail de terrain, au développement de l'analyse découlant de mes enquêtes de terrain et se clora sur une hypothèse de recherche finale.

I. SITUATIONS D'APPEL:

Ma première situation s'est déroulée lors de mon stage en première année en soins de suite et de réadaptation. Nous travaillions alors en équipe avec une autre étudiante qui était en deuxième année de sa formation. Au fur et à mesure que mon stage se déroulait, nous nous étions rapprochées et, nous profitions de nos pauses pour discuter de nos patients et des soins prodigués. Je remarquais ainsi que notre conversation tournait autour des différentes anecdotes contées par nos patients, ou de la relation que nous entretenions avec eux.

Elle me parlait souvent d'un patient, en commençant par les raisons de son hospitalisation: chute à domicile, âgé de 70 ans, marié, mais n'ayant personne de son entourage pour lui rendre visite ... Je me suis rendue compte de la relation particulière qu'elle entretenait avec lui. Elle allait dans sa chambre dès qu'elle trouvait du temps libre, l'installait toujours en premier pour son repas de midi ... Pour elle, M B passait avant les autres soignés. Ma collègue profitait du moment où elle faisait son pansement pour passer encore plus de temps avec lui. Ce dernier, pour la remercier de sa disponibilité et de son efficacité, lui offrait des chocolats. De ce fait, ils se sont beaucoup rapprochés. Pour ma part, débutant tout juste ma formation, j'étais perplexe, avec de nombreuses interrogations quant à la relation établie entre ce patient et l'élève. Avait-elle raison d'agir ainsi? Du fait de mon manque d'expérience, j'ignorais si ce qu'il se passait entre l'étudiante et le patient était de l'empathie ou une difficulté pour elle de trouver la «bonne distance relationnelle». Ou était-ce tout simplement l'inexpérience qui la faisait agir de la sorte? Quelle distance doit-on garder pour rester professionnel?

Cinq semaines s'étaient déjà écoulées, et le stage de l'étudiante se terminait, le moment difficile des «*au revoir*» arrivait. D'autant plus difficile, que durant ces cinq semaines, je m'étais aussi, à mon tour attachée à certains de mes malades, mais je n'étais pas dans le même état émotionnel que ma collègue. Pour se consoler, elle lui a promis de venir lui rendre visite après la fin du stage. Face à tout cela, je ne savais que penser, mais ce qui me questionnait par dessus tout était la crainte d'être confrontée à mon tour à une telle situation.

La deuxième situation choisie a été tirée d'une expérience personnelle au cours d'un stage effectué en deuxième année lors des mes études. Je me suis aussi permise de comparer cette situation à d'autres anecdotes observées tout au long de mes trois années de formation, notamment la situation ci-dessus. Lors de ma première année d'études, j'ai porté un regard critique à l'égard des soignants que j'observais, qui justement étaient confrontés à la problématique de la «*juste distance*». Débutant dans ce milieu professionnel, j'ai essayé de respecter la théorie, ne voulant enfreindre les règles des bonnes pratiques professionnelles de l'infirmière. J'ai rapidement remarqué que la problématique de «*la juste distance*» était au centre de notre métier. Ainsi, j'ai pu observer ou vivre à chaque stage une situation en relation avec la thématique suivante: «*la juste distance dans la relation soignant-soigné*». Que nous le voulons ou pas, lors des soins prodigués à nos patients nous sommes inévitablement confrontés à des relations de proximité. Quelle posture professionnelle adopter pour ne pas dépasser le cadre de la relation de soin? Si la juste distance serait mesurable, à quel moment ne sommes-nous plus dans les normes des bonnes pratiques professionnelles? Voici quelques unes de mes interrogations.

La situation vécue s'est déroulée en service de neurochirurgie de nuit. Je devais effectuer la pose d'un traitement antalgique sur une SAP². La patiente était Mme X, âgée d'une soixantaine d'années, hospitalisée en Service de Neurochirurgie de l'Hôpital H.M. Cette expérience était une première pour moi, aussi bien pour la préparation que pour la pose de la seringue. Cette nuit-là, le soin s'est réalisé dans la chambre de ma patiente. J'ai tenté de réaliser ce soin en me rappelant des détails de mes cours. Ma patiente ainsi que mon infirmière, me regardaient réaliser le soin. J'étais en difficulté et je n'étais pas sûre de moi, n'ayant jamais réalisé ce soin. Toutefois, l'infirmière se tenant à mes côtes ne m'est pas venue

² Seringue auto pousseuse.

en aide. Les questions posées par l'infirmière m'ont déstabilisées davantage et m'ont fait perdre toute confiance. Je n'ai pas su garder le contrôle de mes émotions et les larmes me sont montées aux yeux. Mme X le remarqua. A la suite de cette situation, ma patiente et moi-même nous sommes mutuellement rapprochées.

Par la suite, elle me sollicitait très régulièrement pour ses soins, ce que j'acceptais volontiers. Lorsqu'elle sonnait, je me déplaçais en priorité pour aller la voir et passais beaucoup de temps en sa compagnie quand je n'avais pas d'autres impératifs professionnels. Elle me parlait d'elle, de sa maladie. Plus je parlais avec elle, plus je constatais qu'elle se rapprochait de moi. Elle souhaitait en réalité établir un autre lien relationnel, «*une relation d'amitié*». Un soir, Mme X me demanda mes coordonnées en me disant qu'elle allait quitter l'hôpital le lendemain matin pour retourner à son domicile. Je ne savais pas quoi faire à cet instant précis et me suis posée de multiples questions. Avais-je le droit de garder contact avec mes patients? Est-ce professionnel d'agir ainsi? Ce n'était pas l'envie qui manquait mais j'ai refusé. Mme X en avait les larmes aux yeux. Etait-ce ma faute si elle était dans un tel état émotionnel? Comment nous sommes-nous tant rapprochées? Quel a été l'élément déclencheur? Est-ce ma fragilité observée durant le soin qui a touché ma patiente ou bien est-ce le discours tenu par l'infirmière voulant me déstabiliser qui nous a rapprochées? Je ne l'ignore.

Dans ce métier, nous sommes constamment au contact d'un «*être humain*». C'est-à-dire quelqu'un avec un vécu, une histoire et des ressentis différents. C'est pour cette raison qu'en tant que soignants, nous sommes amenés à nous interroger sur la personne que nous avons face à nous. De plus, à l'hôpital nous sommes auprès de personnes malades et donc fragiles qui recherchent un soutien, une aide, un réconfort de la part du soignant. Cependant, nous devons en permanence nous interroger sur l'attitude professionnelle que l'on adopte. Nous sommes soignants avant tout et de ce fait, nous ne pouvons pas répondre à toutes leurs attentes outre la relation de soin. Pour autant, nous ne devons pas soigner chaque patient de la même manière. Chaque personne étant différente, il est nécessaire d'adapter sa prise en charge au profil du patient (âge, milieu d'origine, pathologie, etc.) afin de lui prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les situations vécues et observées durant ma formation m'ont donc amenées à réfléchir en particulier sur cette question: ***Comment s'instaure la juste distance dans la***

relation soignant-soigné ? Comment aurais-je pu éviter ce rapprochement? Qu'est ce qui n'allait pas dans ma prise en charge? Aurais-je du garder mes distances? Avais-je le droit d'accepter ses coordonnées?

II. CADRE DE RÉFÉRENCE:

a) La relation

1- Définition de la relation

Il convient d'aborder tout d'abord le concept de la «*relation*» car je pense que c'est le point clé de notre quotidien lors de l'exercice du métier de l'infirmière : «*Des études pointues, exigeantes forment [...] nos infirmiers [...]. Mais ces personnes formées, certifiées, diplômées se trouvent dans l'embarras quand elles se retrouvent face à des problèmes relationnels qui souvent nuisent à l'efficacité de leur travail*»³.

D'après Alexandre MANOUKIAN «*Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*⁴». Mais selon lui d'autres facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation comme:

- Les facteurs psychologiques
- Les facteurs sociaux
- Les facteurs physiques

Dans cette définition, nous comprenons que la relation n'est pas fixe, c'est-à-dire que celle-ci varie selon différents facteurs que nous ne pouvons contrôler. Il ajoute : «*Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens*»⁵. La relation dépend donc de la personnalité de chaque individu et du contexte dans lequel la relation naît (environnement, circonstance, type de maladie etc.). Par ailleurs, le Dr Catherine DESHAYS nous dit: «*Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque? Celui*

³DESHAYS, Catherine. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris.p5

⁴MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p9

⁵MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p10

d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel ». Dans ma situation d'appel, je me suis retrouvée face à une patiente qui était vulnérable de par sa maladie. Quant à moi, j'étais confrontée à la mise en pratique d'un soin que je n'avais encore jamais réalisé. Nous étions donc toutes deux dans une situation délicate et affectées par un état émotionnel important. Mme X, me voyant dans un tel état, a exprimé de la compassion envers moi. Je ne voulais en aucun cas montrer ma faiblesse devant ma patiente mais par manque d'expérience et débutant tout juste dans le milieu médical, les émotions affectives ont très vite pris le dessus. Je n'ai pas su gérer cette situation. *«L'intimité, les confidences, l'écoute, la proximité engendrent un rapprochement, et [...] se tisse une relation»*⁶. Suite à cette anecdote, j'avais établi avec ma patiente une relation particulière, qui sortait du cadre professionnel à mon sens. Il est important de remarquer qu'il ne nous est pas possible de soigner chaque patient de la même manière. Nous pouvons notifier que: *«c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation»*⁷ Nous aurons des préférences pour un patient plus qu'avec un autre. Nous sommes attirés par un soigné ayant plus ou moins des caractères semblables à nous, ou bien à une personne de notre entourage. Mme X avait une soixantaine d'années, mon père ayant le même âge, j'ai sans doute dû faire un rapprochement. Est-ce cela qui a fait que j'ai été plus attirée par elle que par un autre soigné? Il existe différents types de relations:

- La relation de dépendance
- La relation de maternage
- La relation éducative
- La relation coopérative
- La relation d'autorité
- La relation d'acceptation

Je ne souhaite pas définir les différents types de relation mais il m'est paru nécessaire de définir *«la relation soignant-soigné»*. D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, c'est le *«lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes:*

⁶ DESHAYS, Catherine. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris.p23

⁷ MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p9

- *Un engagement personnel de l'infirmier [...]*
- *Une objectivité [...]*
- *Un minimum de disponibilité*

La relation soignant-soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions». Nous allons essayer de comprendre avant tout le soignant, celui-ci est un être humain avec une personnalité qui lui est propre, de qualités et de défauts. Le mot «soignant» rejoint le verbe «soigner» qui vient du latin «soniare» qui signifie s'occuper de. Selon le dictionnaire, Français Larousse, c'est «consacrer son activité, son dévouement à la guérison de quelqu'un» et «s'occuper avec sollicitude de quelqu'un». Cependant l'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans un cadre réglementaire; selon le Décret N°2004-11-28-802 du 29 juillet 2004. Je vais maintenant définir le patient. Le terme «patient» vient du latin «patiens» qui signifie «souffrir», «supporter». «Un patient» est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical (Larousse). Cependant, nous pouvons dire que dans la situation évoquée ci-dessus, la relation de *dépendance* se réfère à ma patiente et moi dans une relation de *maternage* par celle-ci.

Comme nous le dit dans son ouvrage Catherine DESHAYS, médecin et psychothérapeute: «*La relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel*⁸». Or, chaque instant passé auprès de nos patients nous mène à établir une «*relation soignant-soigné*». Nous n'avons pas le choix du soigné et notre profession nous impose ce cadre relationnel. Nous pouvons donc parler de relation «*imposée*», car ni le patient ni le soignant ne choisissent d'entrer en relation l'un avec l'autre. Nous, professionnels de santé, nous devons constamment nous adapter aux patients que nous avons en charge pour une meilleure prise en charge de leurs pathologies. C'est la relation de soin qui nous lie avant tout à nos patients. «*Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée*⁹». Nous ne pouvons pas soigner sans interagir avec nos patients. En effet, dans la situation présentée se pose la problématique de la relation établie avec Mme X. Comment aurais-je du me comporter afin de ne pas créer cette ambiguïté entre moi et ma patiente? La communication que j'ai utilisée

⁸DESHAYS, Catherine. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris.p15

⁹MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p7

ainsi que ma posture professionnelle n'étaient sûrement pas dans les règles de bonne pratique de l'infirmière mais je ne m'en étais pas rendue compte jusqu'à que ma patiente me demande mes coordonnées. Parfois, *«La complexité des enjeux relationnels entre institutions, les malades, les familles et les membres de l'équipe, nous amènent fréquemment à gérer des situations difficiles¹⁰»*.

Dr. Catherine DESHAYS affirme que *«le contexte relationnel est celui d'une relation asymétrique»*: les acteurs n'ont pas le même statut, par conséquent il existe entre le soignant et le soigné une inégalité de rapport. Cela évoque une inégalité de statut, nous professionnels dotés d'un savoir-faire et d'un savoir être face au malade qui attend d'être soigné. Le patient nous voit avec notre tenue vestimentaire et le matériel de soin: blouse blanche, thermomètre, tensiomètre, bassin, urinoir, perfusions etc. Nous sommes actifs car nous soignons et les patients sont dans une attitude passive car ils sont en attente de guérison. Nous comprenons de ce fait que la relation n'est pas superposable d'un patient à un autre, car chacun de nous sommes différents et chaque situation est unique. Cependant cette relation unique tend de plus en plus à disparaître parce que de nos jours les patients sont plus informés sur leur maladie. L'hierarchie, qui reposait autrefois sur la connaissance du soignant, tend donc à se réduire. C'est ce qui est dit dans l'article de Catherine BIGONI et Pauline MARCHAND : *«de la relation soignant-soigné émanant du développement de la médecine moderne aurait fait place, depuis plusieurs décennies, à une relation plus égalitaire, centrée sur le patient¹¹»*.

L'article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers, stipule que *«les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade¹²»*. Il est nécessaire de comprendre que parfois nous sommes confrontés à des situations relationnelles qui peuvent parfois nuire à la qualité de notre travail. Je retrouve dans mes lectures la notion de *«savoir être en relation»*. Cela signifie que nous devons être capables d'adapter notre «savoir être», c'est-à-dire notre posture, notre attitude et donc ce que nous devons faire. La relation établie avec le patient est basée sur la *« confiance »* et l'entraide.

¹⁰MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p7

¹¹BIGONI, Catherine, MARCHAND Pauline, Le soin relationnel, un modèle à questionner, (Soins, Savoirs et pratiques). Juin 2012, n°766.p16

¹²Article R 4311-2 du Code de la Santé Publique.

2-La relation d'aide

Au départ, je ne songeais pas à aborder ce thème dans mon mémoire car je souhaitais plutôt traiter du thème de «*la relation de soin*». Cependant, lors des différentes lectures ce terme est apparu à maintes reprises. La relation d'aide permet d'apporter réconfort au patient. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant et par une attitude empathique c'est à dire compréhensive et sans jugement. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses affects (craintes, difficultés, émotion, etc.). Cette relation fait partie du rôle propre de l'infirmier.

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation d'aide ou relation de soutien est perçue comme une «*technique d'entretiens utilisant l'empathie, la reformulation, les interventions verbales et non verbales, et visant à aider une personne à exprimer ses problèmes. [...] Cette relation peut s'établir lors d'entretiens ou lors de tout acte de soins; elle est fondée sur le dialogue et l'écoute*¹³». N'est-ce pas ce que j'avais essayé de faire pour ma patiente? Qu'elle extériorise ses problèmes, son vécu, son ressenti...

«*La relation d'aide trouve ses origines dans le mouvement de la psychologie humaniste né aux États-Unis dans les années quarante et développée dans les années cinquante*¹⁴». La prise en charge du patient se dit globale car elle intègre la psychologie du soigné et n'est plus centrée uniquement sur ses symptômes. Dans une relation d'aide, l'infirmier, en apportant un accompagnement poussé, essaie d'aider le patient à vivre sa maladie et à gérer les conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Dans ce cadre, le soignant lie une relation de confiance basée sur l'authenticité, l'empathie. Il n'y a pas d'objectif imposé par le soignant, cette relation évoluera en fonction du rythme du soigné. La relation d'aide comprend trois concepts principaux cités dans l'ouvrage d'Alexandre MANOUKIAN qui m'ont paru important de définir dans ce paragraphe:

¹³POTIER, Marguerite, Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, éditions Lamarre.p281

¹⁴MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre.France.p55

«Les concepts suivants déterminent la manière dont s’y prendra le soignant afin de créer une ambiance favorable tant à l’instauration d’un climat de confiance qu’à l’émergence d’une parole propre au sujet¹⁵».

- **L’acceptation positive:** Le professionnel ne porte pas de jugement sur la situation médicale du soigné. Il l’accepte tel qu’il est en tant que personne et non en tant que malade.

- **L’authenticité:** La relation doit être honnête, franche, sans mensonges ni artifices : tenter d’être naturel.

- **L’empathie:** C’est la faculté de ressentir les sentiments d’autrui. Dans ce cas, le soignant et le soigné ont établi une relation suffisamment proche pour que le professionnel puisse percevoir les ressentis de son patient sans pour autant les avoir vécu.

«La relation d’aide permet une véritable rencontre entre deux personnes et toute rencontre est un enrichissement réciproque¹⁶». Si je me base sur ma situation vécue, j’ai respecté plus ou moins ces trois concepts. Néanmoins, il est vrai que je n’ai pas su contrôler mon propre affect. Mais comment aurais-je pu agir autrement? Cacher ses émotions ne voudrait donc dire ne pas être authentique envers ma patiente? Qu’est-ce qui fait que nous soyons parfois amenés à établir une telle relation avec nos soignés? Peut être est-ce la communication peu professionnelle de ma part qui a permis de nouer cette relation avec moi? Ou est-ce bien encore le comportement qui a joué un rôle dans cette situation? ...

«La relation d’aide n’est pas quelque chose d’artificielle comme un masque temporaire que l’on porte, un vêtement que l’on endosse au besoin. C’est plutôt une attitude que l’on cultive en soi et qui demeure toujours prête à émerger¹⁷».

3-la distance relationnelle

«Il y a une juste distance à vivre dans la relation d’aide professionnelle, mais ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d’une distance froide et banalisant la souffrance d’autrui¹⁸».

¹⁵MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre.France.p58

¹⁶MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre.France.p70

¹⁷PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p189

Selon le psychologue clinicien Pascal PRAYEZ: «*La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine, il s'agit de «se tenir debout» (stare, statio) en étant séparé [...] de l'autre par un espace plus ou moins important¹⁹*». Et «*juste*» se définit dans le Larousse par «*qui est conforme à une exigence, à une règle*».

Il existe différents types de distance lorsque nous entrons en contact avec le soigné. D'après Pascale PRAYEZ, ces distances sont les suivantes:

- **La distance interpersonnelle:** La distance évoque le face à face, la proximité et la rencontre possible mais aussi l'évitement, l'éloignement des corps.
- **La distance sociale:** Cela correspond à un bras tendu, définissant le cadre de la rencontre: les protagonistes sont en interaction avec des mots, mais ne sont pas là pour se toucher.
- **La distance personnelle:** De un mètre vingt, jusqu'à cinquante-cinq centimètres. Le corps de l'autre est là, à portée de main.
- **La distance intime:** De quarante-cinq centimètres jusqu'à contact physique, la communication n'est plus prépondérante.

Il est important de garder en tête ces différents types de distances pour savoir dans laquelle nous nous situons avec le soigné lors de la relation établie avec ce dernier. Cependant, la juste distance est mal interprétée par les soignants et nous mettons une barrière parfois qui «*aseptise*» la relation de soin. Toutefois, celle-ci peut être volontaire ou involontaire.

Lorsque l'on débute en tant qu'étudiante, il est vrai que les situations sont vécues de toute autre manière. Nous ne nous soucions même pas de ce que représente cette notion de «*juste distance*». «*Au début, on serait trop touché malgré soi, mais par la suite on pourrait s'endurcir comme le homard?²⁰*». On est pour la plupart jeune débutante dans ce milieu. Nous restons sensibles aux souffrances des soignés. On découvre le milieu médical, on est souvent touché par les différentes situations qu'on rencontre. À quelle distance le soignant doit se

¹⁸PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre, France: 2003.p1

¹⁹PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre, France: 2003.p9

²⁰MALLEN, Elke, psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (Objectifs soins). Mai 2005, n°136. Paris, ressources humaines.p22

situer vis à vis du patient? *«Pour comprendre et rechercher la juste distance, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple: le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent²¹».*

Dans son témoignage Serge DUPERRET, praticien hospitalier, anesthésiste réanimateur, veut nous faire comprendre qu'avant d'essayer de comprendre *«la juste distance»*, il nécessite de connaître notre rôle en tant que soignant. Il faut apprendre à reconnaître la norme du soin afin de remettre au centre notre travail. Selon Serge DUPERRET: *«Cette bonne distance renvoie nécessairement à la philosophie classique grecque, particulièrement à Aristote et la notion de mesure»*. Il n'existe pas de réponse, ni même une mesure à ne pas dépasser lors du soin, celles-ci varient et dépendent selon chaque individu. *«La juste distance»* est en permanence changeante, nous devons constamment la réévaluer, c'est en effet *«une position instable»* comme il nous l'explique. En tant que soignants, nous sommes conditionnés et soumis à de nombreuses normes que nous impose notre profession. D'après Serge DUPERRET la juste distance est en lien avec l'empathie. Lorsque nous savons gérer notre relation avec le soigné et que nous savons la maîtriser alors il y a empathie et donc respect de la juste distance.

b) La communication

J'ai décidé d'aborder en deuxième lieu le concept de la *communication*, il m'est paru important de la définir, car entrer dans une relation simple ou de *«soin»* avec autrui nécessite d'établir avec celui-ci une communication. C'est le fondement de la relation, comme nous l'évoque Margot PHANEUF: *«La communication, pierre angulaire de la relation avec la personne soignée»*.

Pour ce docteur en didactique, *«la communication est un processus de création et de récréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants.»* Dans notre

²¹PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre, France:2003.p8

milieu professionnel, nous sommes chaque jour confrontés à cette réalité. Par exemple, avant de réaliser un soin, nous devons l'expliquer à notre patient, il est alors nécessaire d'établir avec lui une communication. Elle peut s'exprimer de deux façons comme nous dit Margot PHANEUF dans sa définition, de manière verbale ou non verbale. De ce fait la communication est bien au-delà d'un simple échange de mots mais elle implique le gestuel, les émotions et le vécu de chacun. Par cette définition, nous pouvons constater que le blocage d'une personne dans la communication est lui-même une manière de s'exprimer. Ainsi, *«la communication dans un contexte professionnel représente une grande responsabilité»*, par conséquent il faut tenir compte du moindre détail qui peut se traduire par une manière de communiquer. Ce que nous pouvons comprendre d'autre part c'est le fait que la communication est au centre même des relations humaines. La communication est la base essentielle de la relation. *«La communication est un outil de base pour l'instauration de la relation d'aide, modalité importante d'intervention en soins infirmiers²²»*. Tout est communication, la communication n'est pas seulement que des mots prononcés, notre manière d'être en tant que soignante, les gestes, les grimaces, les sourires, le regard, la posture, la tenue professionnelle, l'expression faciale, le toucher, la voix, la tonalité, le silence, la respiration,... *«Chacun de tous ces éléments apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient²³»*. Le patient se basera sur tout le contexte de la communication pour établir une relation de confiance avec nous soignants. La communication est un outil de compréhension tel que l'exprime Margot PHANEUF: *«La compréhension du client pour son traitement en dépend, de même que sa fidélité à le poursuivre dans bien des cas»*. Le soignant doit être en mesure d'utiliser la communication de façon optimale pour une meilleure continuité des soins.

Durant mes trois années d'études, j'ai pu observer mon langage évolué auprès de mes soignés. Ainsi au fur et à mesure que j'avançais dans mon parcours, j'utilisais un langage bien plus adapté au cadre de travail. Toutefois, je me souviens que lors de ce stage en deuxième année, je n'avais pas la maturité requise pour tenir une conversation digne d'une future professionnelle de santé. Et concernant ma posture professionnelle il en était de même. Ainsi à la suite de ce soin, je me posais la question de savoir si j'avais bien agi lorsque mes larmes ont surgi devant ma patiente.

²²PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p15

²³MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p7

Ainsi, nous distinguons deux types de communication: lorsqu'on s'exprime avec des mots, on parlera de «*communication verbale*» et lorsqu'on s'exprime par le gestuel on parlera de «*communication non verbale*». Il est important de notifier que l'interprétation du message diffère selon la personne soignée. Un même message peut être perçu par deux soignés différemment. Nous ignorons la force de la communication non verbale qui comprend une part non moindre dans la volonté d'être comprise par la personne qui réceptionne le message. C'est pourquoi par la suite je préciserai davantage sur ces deux aspects de la communication, qui doivent être considérés conjointement. Mais pour une meilleure analyse je ferai une explication séparée.

D'autre part, j'aborderai les notions du tutoiement et du vouvoiement utilisées par les infirmiers et les barrières que nous sommes susceptibles de rencontrer lors de la communication établie avec ces derniers. On fait ainsi entrer en jeu le «*concept de l'irréversibilité*» de la communication.

1-La communication verbale

La communication verbale est ce qu'on appelle le vrai langage; elle s'exprime avec une langue différente selon la culture de chaque individu. C'est pour cette raison parfois que nous ne sommes pas dotés pour soigner tout individu de la même manière. Il y a bien des fois où nous sommes en présence de patients ne parlant pas notre langue cela réduira le temps de prise en charge et la relation établie avec ce dernier serait tout autre (voire si dessous). La communication se matérialise par la présence d'une situation d'énonciation avec un énoncé qui est le message, un émetteur et un récepteur à ce message. Ce dernier fait sa propre interprétation du message qui peut s'avérer différente de celle que l'émetteur a voulu transmettre. Cela peut être source de mécompréhension. Dans le domaine infirmier, cette difficulté peut se poser avec une acuité particulière. Il convient donc pour le personnel infirmier de faire particulièrement attention au langage utilisé. Les mots ont chacun un sens particulier et peuvent être compris différemment selon l'âge du récepteur, sa culture, son éducation, son sexe ou sa situation émotive (voir ci-dessous). Par exemple, il m'est arrivé au cours d'un stage d'entendre l'infirmière dire à un soigné «*Je vais vous faire un ECG*», dans son discours. Il est peu probable que le récepteur ait pu comprendre un tel message, ce qui

démontre l'importance du choix des mots. Aujourd'hui, je suis davantage consciente de l'importance de la manière utilisée pour transmettre un message. Aussi, je dirai «*je vais réaliser votre électrocardiogramme*» en prenant soin de lui expliquer en quoi consiste ce test et par là il se sentirait plus informé donc moins angoissé. Quant à l'information, elle est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation.

L'échange avec le patient peut être conditionné par la situation physique et psychique de celui-ci. Comme le présente Margot PHANEUF: «*Le contexte dans lequel la communication se déroule est des plus importants, car il peut en modifier le sens*». De plus, la communication verbale s'exprime à la fois par un message clair et un message «*caché*» contenu dans le style, le ton, le débit et les mots utilisés. Si je me réfère à mon expérience, j'ai le souvenir d'avoir été très claire avec ma patiente, je lui ai dit: «*Bonsoir madame X, je viens vous poser votre nouvelle seringue d'antalgique*». Mais, même si mon message paraissait simple et adapté à sa compréhension, le ton utilisé ainsi que mon visage trahissaient cette sérénité face à ce soin jamais réalisé.

Un autre aspect important de la communication verbale notamment dans la relation soignant-soigné est la distinction entre «*tutoiement*» et «*vouvoiement*». D'après Pascal PRAYEZ, le tutoiement est habituellement réservé aux relations proches ou entre pairs. Il est habituellement lié à la réciprocité, sauf dans les relations adultes/enfants où il est admis que l'adulte tutoie un enfant qui, en manque de respect, le vouvoie. Et le vouvoiement marque l'éloignement relationnel des interlocuteurs: c'est un signe de politesse, éventuellement associé au respect d'une différence de niveau hiérarchique. Le premier terme étant utilisé dans un langage plus familier, il doit être utilisé avec précaution. On peut se poser les questions suivantes: quand faut-il utiliser le tutoiement et le vouvoiement et pour quel récepteur? Dans le milieu hospitalier, le fait de tutoyer un patient peut parfois altérer la relation de soin. En revanche, le vouvoiement introduit d'emblée une distance et peut introduire une certaine froideur: il faut donc choisir ses termes avec soin. Le tutoiement et le vouvoiement peut être compris différemment selon le milieu d'origine, l'âge, le milieu social etc.

Le ton sur lequel l'émetteur prononce son message peut aussi introduire un biais dans la compréhension du message. Andrew S. Grove: «*La qualité de notre communication est déterminée non par la manière dont nous disons les choses, mais par la manière dont elles*

sont comprises». La communication non verbale peut influencer le message porté par la communication verbale. *«On ne peut pas tout exprimer par le langage. Les moyens de communication archaïque reprennent alors le dessus²⁴»*. (Voire ci-dessous).

2-La communication non verbale

«Nous accordons une importance certaine, au langage verbal, mais nous ne réalisons pas toujours la portée du langage non verbal qui émane de tout ce que nous sommes et de tout ce que nous faisons²⁵».

«La communication non verbale est un échange sans mots. La chair pense, et le corps parle, même la bouche se tait²⁶». Elle est matérialisée par le comportement et a un rôle important dans la relation établie avec le soigné. Celle-ci peut ne pas paraître transparente aux yeux du patient. Même si nous voulons parfois la masquer, elle peut apparaître par une attitude de notre corps. Prenons l'exemple d'une soignante qui dit qu'elle a du temps à accorder pour son patient, mais qui regarde sa trotteuse en permanence. Que risque de penser le patient? En effet, dans une telle situation à mon sens, le patient se fierait plus à la communication non verbale plutôt qu'à la communication verbale, qui se reflète involontairement sur la posture du soigné. La communication non verbale ne peut pas être voilée par le soignant alors il nous convient d'être attentif à celle-ci. Elle peut être une posture positive ou négative: elle est la manière d'être qu'on se donne.

Cette communication prime parfois (comme vue précédemment) sur la communication verbale. Alors nous devons effectivement savoir qu'elle joue un rôle essentiel dans la prise de distance avec l'autre. La manière dont on va regarder l'autre, le sourire que nous allons adresser ou bien encore le toucher qu'on établit permet d'instaurer le cadre de la relation de soin avec le patient. Nous pouvons constater que la relation établie dépend tout principalement de la communication utilisée (verbale et non verbale). Mes yeux remplis de larmes ont sûrement affecté ma patiente. Est-ce la raison du pourquoi nous avons lié cette relation?

²⁴MALLEN, Elke, psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (Objectifs soins). Mai 2005, n°136. Paris, ressources humaines.p22

²⁵«PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p72

²⁶«PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p72

En tant que soignant, nous rentrons en permanence en contact avec nos patients, la communication verbale nous permet d'échanger avec le malade mais pas seulement. Ses réactions auront un rôle important dans l'interprétation du message qu'il aura souhaité nous faire passer. Les signaux non verbaux peuvent être les suivantes par exemple: front soucieux, lèvres fermées, regard triste, épaules tombantes, démarche lente ...

Pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et le non verbal. C'est pourquoi il est important de préciser que ces deux aspects de la communication sont complémentaires et doivent absolument être considérés ensemble. La communication non verbale peut aussi s'exprimer à travers les émotions qu'on laisse transparaître (voir ci-dessous). Néanmoins, il existe des barrières qui nous déstabilisent dans la relation établie avec nos patients que nous allons voir ci-dessous.

3-les barrières liées à la communication

Nous rencontrons différents problèmes lors de la communication établie avec le patient. Il convient donc d'essayer d'adapter notre communication face aux soignés, celle-ci comme nous avons pu l'étudier ci-dessus peut être mal interprétée par moment. Bernard WERBER dit: *«Entre, ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités que l'on ait des difficultés à communiquer, mais essayons quand même»*. Ainsi avec chacune de ces phrases, on souhaite atteindre le même but: communiquer. Cependant, la volonté de communiquer peut être elle-même exprimée de multiples façons.

D'après Margot PHANEUF, nous rencontrons trois catégories principales d'obstacles liés à la communication, que j'ai décidé de développer dans ce paragraphe:

- Les obstacles *«externes»*
- Les obstacles *«internes»*
- Les obstacles *«socioculturels»*

Les problèmes que nous pouvons rencontrer sont de différents ordres. Je ne vais m'intéresser ici qu'aux problèmes les plus fréquemment rencontrés à mon sens.

Lors de l'exercice de notre métier, nous sommes au quotidien dérangés par des interférences «*externes*»: des bruits (appels téléphoniques, visites des autres patients, télévision, alarmes des appareils, sonnette etc.) qui vont altérer la communication que nous essayons d'établir avec le soigné. Comment tenir une communication efficace et avoir un suivi continu du patient? La lumière trop faible ou trop forte, la température de la chambre, trop chaude ou trop froide, le port de contentions, les bruits autour peuvent également nuire à la réceptivité du patient. Si l'on prend l'exemple d'un patient en isolement, comment peut-on avoir une communication adaptée avec un masque sur la bouche? Les odeurs peuvent être aussi une barrière à la communication.

Les blocages «*internes*» sont liés à la personne elle-même. C'est l'état physique et psychique de la personne soignée. Un patient ne pourra posséder une aptitude totale à la communication s'il est muet, malentendant, ayant un déficit visuel, ou alors ayant subi un préjudice morale dans son passé. Aussi tous ces points seront obstacles à une communication optimale avec ce dernier. Il est également un autre point important qu'est la survenue des émotions (voire ci dessous).

Lorsque l'on prend un patient en charge, nous sommes parfois confrontés à «*la barrière linguistique*», on parlera donc de barrière «*socioculturelle*». J'ai déjà été confrontée à une telle situation où le patient ne parlait que l'anglais et sa langue maternelle. J'ai essayé tant bien que mal d'adapter ma communication mais il est vrai que par moment nous n'arrivions plus à nous comprendre. Comment agir face à une telle situation? Quelles sont les solutions à ce problème? Comment prendre en charge un patient ne parlant pas la même langue que nous? De fait, nous ne pouvons pas utiliser les mêmes mots avec chacun des patients, et il est important de s'exprimer avec nos patients avec un langage simple et adapté à la compréhension de chacun. Il peut exister une différence d'éducation entre le soigné et le soignant. Les patients n'ont pas le même niveau d'éducation selon leur vécu. De même, notre approche avec le patient varie selon nos principes, nos valeurs, notre religion, notre culture, donc, il y a un certain déterminisme dans le rapport soignant-soigné.

c) L'affect

Nous pouvons donner à l'affect cette définition: *«élément émotionnel de tout état affectif qu'il soit pénible ou agréable, dû à une stimulation interne ou externe. Cet affect peut être relié à une représentation que nous pourrions comparer à une image ou un scénario qui en serait le support²⁷»*.

En effet nous avons pour la plupart d'entre nous été au moins une fois à l'hôpital: soit à l'occasion d'un proche malade soit pour se soigner. Ce contexte a pu faire resurgir en nous des émotions et/ou des sentiments incontrôlables, comme de la peur, de la tristesse ou même de la joie. De la même manière, nous devons prendre en compte que le soignant, lui-même, peut être affecté par certaines situations, qui feront resurgir en lui un ensemble d'émotions et ou de sentiments insurmontables.

D'après le Dr. Catherine DESHAYS, *«l'affect est inséparable de la relation²⁸»*. Peut-on toujours gérer nos émotions? Lors de la situation vécue avec Mme X, je n'ai pas su gérer mes émotions. Pourquoi? Comment pouvons-nous contrôler quelque chose d'opportun? Comment gérer l'affect lorsque nous sommes en présence d'un même soigné durant parfois plusieurs jours et que nous ressentons de l'empathie envers lui? N'est-ce pas humain d'être affecté par une situation sensible?...

1-Les sentiments

«Nous entendons par sentiments une disposition affective spécifique éprouvée par un sujet [...] Le sentiment se distingue de l'émotion qui s'exprime plus physiquement et dans un temps plus court²⁹». Lorsqu'un patient nous touche, nous sommes émus par ce dernier et se crée alors une relation de longue durée avec lui, surtout quand nous sommes amenés à le revoir, et donc nous éprouvons pour lui des sentiments et non des émotions. Les sentiments peuvent donc être perçus parfois comme un handicap dans le métier d'infirmier.

²⁷MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p191

²⁸DESHAYS, Catherine. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris.p5

²⁹MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p45

MANOUKIAN aborde dans son ouvrage cinq types de sentiments que peuvent fournir une unité de soin.

- ***Une sentiment de supériorité:*** Le soigné est vu par les patients comme une personne dotée d'un savoir paramédicale, des connaissances sur la maladie. Cette attitude adoptée renvoie à une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Mais certains soignants peuvent en abuser.

- ***Un sentiment d'impuissance:*** Sentiment que rencontre le soignant face à des pathologies non évolutives, incurables ou mortelles. Ce sentiment s'accompagne d'émotions comme la tristesse ou la colère. Le soignant nécessitera parfois d'un soutien moral de son équipe ou d'autres professionnels. En effet avec Mme X, qui était affectée d'une pathologie chronique, j'essayais de compenser le peu d'espoir qu'elle avait de s'en sortir, par une omniprésence à ses côtés.

- ***Un sentiment de responsabilité:*** le soignant va s'investir plus qu'il ne doit en faire. *«Ce sentiment de responsabilité peut s'accompagner d'émotions comme la sympathie, l'inquiétude, la peur, l'attachement, mais aussi la colère et la tristesse³⁰»*. Dans mon cas, ce sentiment s'est plutôt exprimé en raison de mon manque d'expérience. J'essayais de le compenser par un plus grand investissement dans mes soins.

- ***Un sentiment de découragement:*** Le soignant est confronté chaque jour à un stress permanent que provoque l'hôpital, aussi bien du côté du patient que du côté du soignant. On emploie également le terme de *«Burn-out»* qui signifie brûler complètement. D'après MASLACH: *«un syndrome qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel pouvant se développer chez des personnes travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes»*. Pour le moment ce sentiment m'est étranger, car j'étais épanouie dans mes stages.

- ***Un sentiment de satisfaction:*** Le soignant se sent gratifié par les efforts fournis et qui sont reconnus par lui-même ou encore par son hiérarchique, avec une amélioration de ses pratiques professionnelles. Les émotions présentées sont positives et sont *«la joie, l'apaisement, le dynamisme, la curiosité, la générosité, la chaleur, la sympathie»*. En effet, à

³⁰MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition. Lamarre. France.p47

la fin de l'hospitalisation de Mme X, j'avais le sentiment du devoir accompli, parce que je voyais de la satisfaction envers mon travail, dans son regard.

Le soignant qui se connaît lui-même et est capable de reconnaître ses propres sentiments, aura une meilleure confiance en soi donc une meilleure attitude face à chaque interlocuteur. Chaque soignant a son propre vécu, dont il est difficile de se détacher. Nous essayons de soigner malgré ses propres sentiments qui peuvent parfois nous surmener mais la connaissance de soi, primordiale, pourrait nous éclairer sur ce point. Le métier de soignant regroupe divers sentiments, aucun d'eux n'étant à proscrire. *«C'est l'avantage, le dosage de ces divers sentiments et émotions qui constitue l'intérêt du travail³¹»*.

2-Les émotions

Une émotion se définit par *«une réaction psychologique à une situation donnée, qui touche des zones lointaines et profondes comme des zones plus superficielles du moi intime et du moi professionnel³²»*. Les émotions sont des réponses de notre organisme face à des situations vécues. Elles sont déclenchées automatiquement, et sont adaptées ou non à la situation. Il est donc intéressant de se demander quelle place occupent les émotions dans le métier d'infirmier. Mais aussi se demander si une même situation peut être vécue deux fois de la même manière, et donc contrôlable?

Lorsque que deux personnes interagissent ensemble cela provoque de l'émotion chez l'émetteur ainsi que chez le récepteur. Lors de ma formation en IFSI³³, nos formateurs nous ont appris à faire des soins dignes d'un bon professionnel de santé. Les règles d'hygiène et d'asepsies nous ont été inculquées avec rigueur au dépend d'un apprentissage sur le contrôle de nos émotions. J'ai souvent entendu dire par les soignants *«Nous devons laisser nos affectes de côté et savoir maîtriser nos émotions»*. Mais est-ce que cela est réellement possible? Ainsi, dans l'article de Géraldine LANGLOIS, une infirmière affirme qu' *«on n'est pas des machines face à des machines»*.

³¹MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné.p3e édition.Lamarre. France.p49

³²GÉRALDINE, Langlais, De l'émotion dans le soin, Infirmière Magazine, 2010, n°262.p22

³³Institut de formation en soins infirmiers

Durant les stages que j'ai pu effectuer jusqu'à présent, j'ai été parfois confrontée à des situations émotionnelles, telle que ma situation de départ. Il est nécessaire de comprendre que les émotions ressenties sont différentes selon la personne que nous avons en face. Les émotions peuvent être de deux ordres: «positives» ou «négatives», comme par exemple la peur et la satisfaction. Nous ne pouvons pas, en effet nous attendre à se trouver dans une situation précise, puisque notre relation avec le patient dépend non seulement du soin mais aussi de sa personnalité. C'est ce qui amène *Alexandre MANOUKIAN* à dire «*Dans l'intimité d'une chambre d'hôpital, toutes les émotions sont potentiellement présentes*». Une émotion se définit par «*une réaction psychologique à une situation donnée, qui touche des zones lointaines et profondes comme des zones plus superficielles du moi intime et du moi professionnel*³⁴».

Nos émotions jouent un rôle important dans la relation établie avec nos patients, puisque ces derniers ont alors l'impression d'être différenciés de la masse, d'être individualisés. «*Certains de nos émotions sont positives et nous portent vers la sérénité et l'ouverture aux autres (...)* Elles permettent également de décoder notre communication, de la rendre plus humaine et naturelle, et nous informent sur les besoins de la personne soignée. Nous manifestons de nombreuses émotions, il n'y pas une semaine qui passe sans qu'on ait éprouvé des émotions, sans qu'on ait laissé des émotions apparaître sur nos visages, et cela se voit généralement sur le visage d'une infirmière en fin de semaine. «*Qu'on le veuille ou non, les émotions sont là*³⁵». Il est important de comprendre que nos émotions s'expriment de façon spontanée, que cela peut se traduire sur notre comportement par des gestes, des attitudes ou des expressions involontaires. Donc doit-on avoir peur d'être ému face à nos patients? N'est-ce pas la preuve que l'on porte une écoute active envers le patient? Pour être capable de gérer ses situations émotionnelles, il est nécessaire de les reconnaître et de les accepter. L'expression de nos émotions permet au soigné de voir l'attention qu'on lui porte et cela peut être rassurant pour ce dernier.

Parfois nous ne sommes pas en mesure de contrôler nos émotions, c'est ce qui m'est arrivée dans la situation vécue avec Mme X. La question est de savoir si c'est bien ou mal de laisser transparaître nos émotions. Lors de cette situation avec ma patiente, les émotions que nous avons partagées nous ont rapproché, et tissé un lien entre nous. Avons-nous le droit de

³⁴GÉRALDINE, Langlais, De l'émotion dans le soin, Infirmière Magazine, 2010, n°262.p22

³⁵GÉRALDINE, Langlais, De l'émotion dans le soin, Infirmière Magazine, 2010, n°262.p.23

craquer devant nos patients? Est-il possible de ne pas être affecté face à la souffrance des patients hospitalisés? Comment pouvons-nous gérer ces situations émotionnelles qui parfois brisent la relation de soin? Les émotions dépendent de deux dimensions, d'une part de «*l'individu*» (le vécu de chacun) et d'autre part du «contexte» dans laquelle la situation sera vécue (dans un service de soins palliatifs, face à un patient atteint d'une maladie incurable, etc.).

Il est particulièrement difficile de décoder les émotions ressenties par les autres, nous pouvons très vite mal les interpréter. En effet, comment distinguer la colère du mécontentement? Toutefois, il est utile de les interpréter afin de mieux prendre en charge le patient. Les réactions observées chez le malade nous guideront et nous faciliteront la relation avec celui-ci. Les émotions surgissent à tout moment. C'est en effet un phénomène naturel et quelquefois nous ne sommes pas en mesure de les contrôler. Pour y parvenir, il est nécessaire de les reconnaître, les accepter et cela nous permettra de contrôler au mieux ces situations parfois embarrassantes. Lorsque les soignants expriment leurs émotions cela peut être de temps à autre néfaste à la relation de soin. Dans l'article de Géraldine Langlois, l'infirmière Mathilde exprime que: «*Contrairement à la tristesse [...] la colère peut faire rater un soin. Si le patient est contre l'infirmière et elle contre lui, une prise de sang, ça se rate même sur un boulevard*»

Nous pouvons donc soumettre que l'expression des émotions dans le cadre du métier de l'infirmier n'est ni à proscrire, ni à rendre systématique. Il convient de les exprimer «*d'une manière éthique, qui ne porte préjudice à aucun des partenaires de la relation*³⁶». Cependant, toute émotion n'est pas bonne à dire ou à montrer, par exemple le dégoût envers un patient incurable, qui pourrait se traduire par «*une distance froide*» involontaire par le soignant vers son soigné (voire ci-dessus).

³⁶GÉRALDINE, Langlais, De l'émotion dans le soin, Infirmière Magazine, 2010, n°262.p22

III. ANALYSE DES ENQUÊTES:

1-Choix de la méthodologie et description des entretiens

Au cours des recherches documentaires effectuées, il m'est apparu nécessaire de comprendre ce que représente «*la juste distance dans la relation soignant-soigné*» pour les soignants exerçant au cœur de ce sujet, et ceci dans leur quotidien. Je souhaitais confronter les écrits et la réalité du terrain et pour cela, j'ai choisi de conduire des entretiens semi directifs (cf. annexes I) au cours desquels je pose une série de huit questions. Ces questions appelleront l'interviewé à développer sur son expérience personnelle et sur son ressenti sur le sujet. De façon à rester le plus neutre possible, j'ai proposé la même série de questions à chacun des interviewés mais d'autres questions me sont venues en tête lors des entretiens, surtout lorsque les soignés me racontaient des moments qu'ils avaient vécu. J'ai choisi d'interviewer trois personnes. Néanmoins, de façon à éviter de me retrouver devant des cas trop différents, j'ai resserré l'échantillon interviewée en prenant uniquement les personnes soignantes ayant un âge compris entre 30 et 50 ans et ayant au moins cinq ans d'expérience. Les jeunes diplômés n'auraient sans doute pas assez de recul pour me raconter leurs vécus alors qu'une population plus expérimentée serait plus à même d'y répondre.

Ainsi, j'ai eu l'opportunité d'interroger trois infirmières: Mme K, Mme G, et Mme V, toutes trois exerçant leur profession dans différents services. J'ai réalisé mon premier entretien au près de Mme K, à l'hôpital A.C, dans une pièce calme propice à cet effet. Mme K est âgée de 50 ans et ayant environ 30 ans d'exercice professionnel. Elle travaille actuellement de nuit dans un service de gastrologie. Mme G et Mme V sont toutes deux âgées d'une trentaine d'années et ont chacune 5 ans d'expériences professionnelles. Mme G travaille dans un service de neurochirurgie dans un hôpital parisien. L'entretien s'est déroulé dans la salle d'attente des visiteurs. Nous avons par moment été dérangées par le bruit des visites, les familles demandaient les chambres de leur proches. Mme V est infirmière dans un service d'oncologie. L'entretien s'est déroulé dans le calme en l'après-midi, dans la salle de repos du personnel.

Les infirmières interviewées ont toutes autorisé l'enregistrement des entretiens (cf. annexes II, III et IV). Cette analyse des entretiens me permettra d'apporter des éléments de

réponse sur ma question de départ: *Comment s'instaure la juste distance dans la relation soignant-soigné ?* Lors des entretiens, j'ai pu constater que plusieurs points de vue étaient semblables entre les trois infirmières interviewées. J'ai choisi d'analyser dans une première partie la communication car ce fut un point important soulevé par les trois infirmières. Ensuite, j'aborderai la relation en lien avec la distance et dans une dernière partie, je parlerai des émotions dans la relation soignant-soigné.

2-La communication dans la relation de soin

Lors des entretiens que j'ai menés, j'ai pu constater que la question du *vouvoiement* est un point soulevé par les trois infirmières interrogées, il m'est donc apparu important de revenir sur ce point, l'analyser et comparer les dires de chacune d'entre elles. Dans mon cadre de référence et à travers la lecture de l'ouvrage de Pascal PRAYEZ, j'ai pu constater que le vouvoiement permet d'instaurer un éloignement vis-à-vis du patient, bénéfique à la bonne pratique médicale. Je me suis régulièrement des questions à propos de la façon dont on s'adresse au patient (tutoiement/vouvoiement). Par exemple, est-il préférable de tutoyer un enfant plutôt que le vouvoyer? Quand peut-on se permettre de vouvoyer un adulte? Le passage du vouvoiement au tutoiement peut-il entraîner des conséquences sur la relation? Les infirmières interrogées ont toutes apportées des réponses à mon questionnement. Mme K dit: *«Des fois, c'est vrai qu'on a un comportement différent quand on soigne des gens jeunes. Mais je n'ai jamais tutoyé un patient par contre. J'ai toujours respecté le vouvoiement et je pense que cela nous aide à garder les limites»*. D'après cette infirmière exerçant depuis de nombreuses années dans le service de gastrologie, il est impératif de ne pas tutoyer son patient si on veut garder une distance convenable. Je peux en déduire que selon Mme K, le tutoiement nous rapproche trop du soigné. Toutefois, celle-ci soulève le problème du jeune soigné en lien avec le comportement. Mme K dit: *«c'est vrai qu'on a un comportement différent quand on soigne des gens jeunes»*. Comme vue précédemment dans le cadre de référence à travers la lecture de Margot PHANEUF, il n'y a pas que la communication verbale qui importe dans la relation mais le comportement non verbale l'est tout aussi (*«Nos yeux,*

notre visage et notre corps expriment nos pensées et nos émotions de manière souvent plus éloquente que nos paroles³⁷).

Selon Mme G, la prise de distance se rapporterait au vouvoiement établi avec son patient et adapter son langage permettrait de ne pas dépasser les limites imposées par la relation de soin. A travers mes lectures, j'ai pu en effet remarquer que le fait d'avoir une communication digne d'une professionnelle de santé, nous aide à rester dans les limites de la relation établie avec notre patient. L'infirmière Mme G me dit: *«ce n'est pas facile de mettre des distances, c'est plus dans la subtilité. Il faut continuer le vouvoiement et toujours parler professionnellement»*. L'infirmière exerçant dans le service de neurochirurgie me dit que l'on peut tout de même tutoyer ses patient lorsque *«c'est des très jeunes et si la relation nous le permet»*. Mme V rejoint les dires de Mme G car selon elle, il ne faut pas tutoyer ses patients et agir de la sorte serait trop se rapproche d'eux. Mme V nous dit aussi: *«Ce qui est difficile, c'est lorsque le soigné a une vingtaine d'années, ça complique la relation. Moi, j'essaie toujours de ne pas les tutoyer, ça permet de mettre une barrière, si non après il y a plus de limites»*.

Nous pouvons comprendre que les trois infirmières partagent un point de vue semblable concernant le tutoiement et le vouvoiement: le vouvoiement permettra de garder des distances convenables avec son patient et de rester dans le cadre de la relation d'aide. Toutefois, on peut se permettre de tutoyer les plus jeunes.

3-Relation et prise de distance

Je vais aborder dans ce paragraphe *la relation* établie avec le patient. Au cours de la situation vécue avec Mme X, un nombre important de questions me sont venues. Avais-je le droit d'échanger nos coordonnées? Etais-ce professionnel d'agir de la sorte? Peut-on établir des liens d'amitié avec nos patients? N'était-ce pas humain d'agir de cette manière?

Selon Mme K, le fait de prendre en charge un patient surtout lorsque cette prise en charge se prolonge dans le temps ou le fait d'être amené à le soigner régulièrement, nous rapproche de celui-ci: *«Non pas hospitalisé, mais il revenait souvent parce qu'il était atteint*

³⁷PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2e trimestre 2011.p73

de la maladie de Crohn». A l'hôpital, nous pouvons parfois tomber dans l'affect et créer un lien avec nos patients de nature différente de la relation professionnelle. Dans l'entretien n° 1 Mme K me dit: «*J'ai eu un patient que j'ai connu pendant pratiquement 20 ans [...]. Et je l'avais pris d'amitié parce qu'il voulait que ça soit toujours moi qui lui fasse les soins*». De même Mme V partage un point de vue commun de celle de Mme K : «*Il y a des liens qui se créent, les patients reviennent toutes les trois semaines voire plus donc il y a d'avantage de liens qui se créent*». On constate dans certaines situations que nous sommes amenés à franchir les limites du cadre de la relation professionnelle. L'infirmière Mme V exerçant en oncologie, me raconte le vécu d'une de ses collègues et dit: «*[...] et j'ai des collègues lorsqu'elles se sentent proches d'un patient sont parties à l'enterrement de ce patient. Je pense que ce n'est pas notre place*». Comment pouvons-nous être indifférents face à une telle situation vécue par un de nos patients? D'autant plus que cette infirmière aurait lié un lien avec ce patient. Est-ce raisonnable d'agir de la sorte? Pour Mme V, ce n'est pas convenable d'aller à l'enterrement de son patient, ce serait ne pas être à «*notre place*» de soignant et dans ce cas, nous dépasserions les limites imposées par le cadre professionnel. Nous ne sommes pas forcément affectés par l'être soigné, l'hôpital n'induisant pas systématiquement qu'on lie une relation d'amitié avec nos patients. En effet, nous créons des liens d'amitié avec des personnes qui ont des caractères plus ou moins semblable aux nôtres comme nous l'explique Alexandre MANOUKIAN.

Lorsque j'interroge les infirmières sur «*la juste distance*», c'est difficile pour elles de me répondre, Mme G me dit: «*c'est d'arriver à avoir une confiance entre le soignant et le soigné. Une proximité quand même. Il ne faut pas de dépassement des limites de l'intimité en fait. C'est difficile à définir en réalité*». Selon Mme G, cela signifie qu'il ne faut pas s'échanger les coordonnées, qu'il ne faut pas passer plus de temps avec un soigné qu'avec un autre. Lorsque je lui demande si cela s'est déjà produit, elle me dit que peut être bien mais sans qu'elle ne s'en rende compte. Pour les trois infirmières interrogées, la qualité des soins dépendrait de la juste distance établie avec les patients. Selon elles, il ne faut pas être trop proche ni trop distant des patients. Comme l'exprime Mme V: «*Dans les deux cas oui, être trop froid ou trop distant du patient c'est pas bon [...]*».

A la lumière de l'expérience de Mme K qui a noué des relations d'amitié tout au long de sa carrière professionnelle, la juste distance ne s'impose pas naturellement avec l'expérience contrairement à ce que Pascal PRAYEZ pour qui l'apprentissage «*complexe*» des qualités relationnelles ne peut se faire qu'au fil du temps et de l'expérience.

De cette analyse, je peux en déduire que puisque nous sommes tous des êtres humains, il n'est pas impossible de créer des liens avec nos patients. Mais nous devons tout de même rester professionnel et garder une certaine distance avec ces derniers pour ne pas dépasser les limites imposées par le cadre professionnel.

4-Agir face aux émotions

Comme étudié dans le cadre de référence, nous avons pu voir que la gestion des émotions n'est pas aussi simple et naturelle que cela. Nous pouvons être submergés par les émotions dans certaines situations et parfois nous sommes incapables de les contrôler. D'après mes lectures, gérer ses émotions requiert une grande connaissance de soi. Je me suis souvent posée cette question: aurais-je du sortir de la chambre lorsque mes larmes sont montées aux yeux? Lorsque j'interroge Mme K sur l'expression des émotions celle-ci me répond: «*C'est vrai qu'on a des situations difficiles par exemple les décès, surtout des patients jeunes. Il ne faut pas pleurer dans la chambre des patients devant la famille, il faut se ressaisir. Même si au fond de toi-même c'est dur*». Selon Mme K, pleurer devant son patient n'est pas forcément vu comme un manque de professionnalisme: cela dépend de la personnalité de chacun (il y a des soignants plus sensibles que d'autres). Il n'existe pas vraiment de réponse toute faite pour gérer ses émotions car cela dépend de plusieurs choses tel que notre vécu, notre expérience professionnelle etc. On apprend à gérer nos émotions avec le temps et l'expérience même si, comme le suggère Mme K, le décès d'un patient touche toujours beaucoup qu'on soit jeune débutant ou soignant plus expérimenté. Toujours selon Mme K, il faut s'abstenir de pleurer devant nos patients pour rester dans une posture professionnelle. Selon Mme G, les soignants représentant une force pour le patient, nous ne devons pleurer devant lui. Si on «*craque*» devant un patient, on doit sortir de la chambre: «*On peut sortir de la chambre et pleurer. Mais pas devant nos patients*», dit Mme G. De même, Mme V me dit: «*ça serait manquer de professionnalisme, on a le droit de craquer, on est*

humain mais pas devant le patient. Le patient à besoin d'être sécurisé [...]». De façon intéressante, on peut remarquer que le professionnalisme dans le métier est vu comme un effacement des affects, ce qui rejoint Pascal PRAYEZ: *«Trop de discours de maîtrise et d'injonctions défensives vont dans le sens d'une chasse à l'affect en milieu hospitalier, poussant les soignants vers une distance sans implication».*

Selon Mme G, pour pouvoir être capable de gérer ses émotions, il faut en discuter, partager avec les collègues les situations vécues de façon à être plus ou moins préparé lorsque l'on fait face à une situation similaire. Mme V partage le même avis et me dit: *«Il faut en discuter avec nos collègues, on rencontre souvent des situations difficiles, des fois c'est vrai que on peut rencontrer des difficultés que parfois les collègues ne rencontrent pas donc c'est d'autant plus important dans un service comme celui là d'échanger. De pouvoir vider ses émotions, dire ce que l'on ressent, c'est un service compliqué, il faut qu'on se protège».* Elle me parle de l'importance d'appartenir à un groupe de parole animé par un psychologue dans les services. Cependant, il n'en existe plus dans le sien. Mme V ressent ce besoin car cela renforce les liens au sein d'une équipe et permet de partager des situations vécues par nous et nos collègues pouvant se ressembler.

Ainsi, nous pouvons comprendre d'après les entretiens avec les trois infirmières que la gestion des émotions est propre à chaque individu. Les trois interviewées partagent l'avis qu'il ne faut pas pleurer devant le patient car nous sommes des soignants et représentons donc une force pour le patient qui a besoin d'être sécurisé.

Tout au long de ce mémoire, je me suis interrogée sur les différents facteurs pouvant intervenir dans le rapport soignant soigné. Cependant, au fil de mes recherches et entretiens que j'ai eu la chance de conduire, je me suis bien rendu compte que chaque soignant est sensible face à *«la juste distance»*. En réalité, nous restons sensibles à la relation établie avec nos patients mais n'y attachons pas tant d'importance. Comme étudié au préalable dans le cadre conceptuel ainsi que dans l'analyse, nous remarquons qu'il n'existe pas de définition fixe de *«la juste distance dans les relations soignant soigné»*. Tant de choses peuvent nous rapprocher comme nous séparer du patient.

D'après mes lectures et mes entretiens, plusieurs facteurs permettent d'instaurer cette distance avec le soigné: le type de relation qu'on établit, la communication, les affects, les émotions qu'on laisse apparaître... Nous avons pu comprendre que ce terme de «*juste distance*» n'est pas défini car celle-ci est propre à chaque individu. «*La juste distance*» serait presque une illusion comme l'énonce Pascal PRAYEZ: «*Prétendre qu'il est possible de trouver d'emblée une posture professionnelle maîtrisée est en fait une illusion*³⁸». Il n'y a pas de réponse précise ni même une méthodologie à respecter, il n'y a pas de fiche technique comme pour la réalisation des soins pouvant être appliqués dans telle ou telle situation. «*La juste distance*» varie selon la personne et les limites que chacun s'impose selon leur propre histoire, leurs expériences personnelles ou professionnelles ou bien encore de notre disposition affective. En prolongeant plus loin la réflexion, bien qu'il existe des limites à ne pas franchir (cf. ma situation de départ), on peut s'interroger sur le retrait de l'affect comme marque de professionnalisme. En reprenant Pascal PRAYEZ, «*cheminer vers la juste distance, c'est au contraire accepter l'affectivité comme élément central de la professionnalité de l'acteur du soin*³⁹». Cette citation redirige ma réflexion sur cette hypothèse de recherche:

Est-il possible de conjuguer émotion et professionnalisme dans la relation soignant-soigné?

CONCLUSION:

L'élaboration de ce travail de recherche m'a permis de répondre en partie aux questions qui me tourmentaient depuis la situation vécue avec Mme X. J'ai également pris beaucoup de plaisir à travailler sur un sujet qui m'intéressait. Tout au long de ce mémoire, j'ai trouvé des réponses à mon questionnement. D'autre part, j'ai pu grâce à mes lectures ainsi qu'à l'aide des entretiens conduits prendre du recul par rapport à la situation relatée. Certes les lectures m'ont beaucoup appris mais il est vrai que les entretiens ont été à mon sens plus

³⁸PRAYEZ, Pascal. Distance professionnelle et qualité du soin. Lamarre, France: 2003.p8

³⁹PRAYEZ, Pascal. Distance professionnelle et qualité du soin. Lamarre, France: 2003.p12

enrichissants. Les infirmières interrogées m'ont rapporté leur vécu et cela m'a permis de me resituer.

J'ai en effet compris que dans «*la juste distance*», il n'y a pas de mesure à respecter à proprement parler. Elle est presque instinctive selon notre personnalité et notre vécu. J'ai pu confirmer que la problématique abordée est bien présente au sein du métier de l'infirmier. Et ainsi ce terme reste flou dans l'expérience d'une infirmière et peu abordé dans les études en soins infirmiers. Nous pouvons utiliser le terme de «*subjectivité*», car la juste distance est variable selon chacun, elle n'a pas de définition propre. Elle est perçue comme «*instable*», et il n'existe pas de normes ni même de mesures visibles à ne pas dépasser avec le soigné.

On a pu voir que la relation est un point primordial dans notre métier. Il convient de comprendre et d'agir de façon à ce que le récepteur ne soit pas mis dans une situation inconfortable. La relation se joue dans un aller-retour, si le soignant agit de telle sorte, le patient le suivra dans ce même sens. C'est la relation à l'autre qui fait la grandeur et la difficulté de la profession de soignante.

J'ai constaté que les différents concepts traités au cours de ce travail d'étude sont tous en liens et découlent des émotions ressenties. Je me suis donc interrogée au fil de mon travail sur l'expression de nos émotions. Est-ce convenable de laisser transparaître nos émotions? N'est-ce pas un facteur de modification de la relation de soin? Quels sont les moyens que nous pouvons mettre en oeuvre afin de mieux gérer ces situations émotionnelles qui parfois nuisent à la qualité des soins?...

Le travail de l'infirmière est un investissement personnel et évolutif selon son expérience. Il se base sur un plan émotif pour la pratique des soins envers son malade. La relation est un équilibre fragile, qui dépend des deux acteurs et de leurs émotivités. Ainsi tout mon cheminement a été fait sans oublier que je serai moi aussi confrontée à ce genre situation dans mon futur d'infirmière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Les ouvrages:

- PRAYEZ, Pascal. Distance professionnelle et qualité du soin. Lamarre, France: 2003. 228 pages. (Gestion des ressources humaines).
- DESHAYS, Catherine. Trouver la bonne distance avec l'autre. InterEditions-Dunod. Paris, 2010. 205 pages (Grâce au curseur relationnel).
- PHANEUF, Margot. La relation soignant-soigné. Chenelière éducation. 2^e trimestre 2011. 306 pages. (Rencontre et accompagnement).
- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. La relation soignant-soigné. 3^e édition. Lamarre. France: 2008. 223 pages. (Soigner et accompagner).

Les articles de périodiques:

- BIGONI, Catherine, MARCHAND Pauline, Le soin relationnel, un modèle à questionner, (Soins, Savoirs et pratiques). Juin 2012, n°766. Pages 16-19.
- MALLÉN, Elke, psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (Objectifs soins). Mai 2005, n°136. Paris, ressources humaines. Pages 22-23.
- GÉRALDINE, Langlais, De l'émotion dans le soin, Infirmière Magazine, 2010, n°262. Pages 22-26

Site Internet:

- DUPERRET, Serge. Plus digne la vie, ressources humaines, témoignages.2010. Disponible sur: <http://plusdignelavie.com/>
- Legifrance.gouv.fr. Le service public de la diffusion du Droit. Article R 4311-2 du Code de la Santé Publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

Encyclopédie:

- POTIER, Marguerite, Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, éditions Lamarre, Groupe Liaisons SA, 2002.363 pages.

ANNEXES

ANNEXES I:

Questionnaire pour l’entretien semi directif:

Bonjour madame, je me présente je suis Mme RANASINGHE Ivandi, élève infirmière de 3ème année. Je travaille sur mon mémoire de fin d’étude qui se rapporte au sujet de «*La juste distance dans la relation soignant-soigné*». Afin de compléter ma recherche documentaire, j’ai décidé de faire des entretiens pour enrichir ma recherche, et c’est en effet pour cette raison que je suis ici, afin de vous demander votre aide en répondant à mon questionnaire. Il se présente sous forme de huit questions qui seront en lien avec mon sujet d’étude et il aura une durée d’environ 20 minutes.

Relations:

1) Avez-vous déjà été en prise à une situation au cours de laquelle vous sentiez que votre relation avec le soigné était devenue trop proche et plus assez professionnelle? Cela vous a-t’il gêné?

.....

2) Vous est-il arrivé de changer d’attitude à l’égard d’un soigné ou même de ne plus le prendre en charge car vous sentiez être devenu trop proche du soigné?

.....

3) Avez-vous déjà lié une relation autre que celle de la relation de soin avec les soignés?

.....

Juste distance:

1) Qu’évoque pour vous la juste distance? Avez-vous déjà franchi les limites de la juste distance? Si oui, dans quelles circonstances?

.....

2) Pensez-vous que la qualité des soins prodigués dépend de la juste distance établie avec nos patients? Si oui, pourquoi?

.....
.....

Affect:

1) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire faut-il les taire? Selon vous, exprimer ses sentiments serait-t-il un manque de professionnalisme?

.....
.....

2) Comment faites-vous pour maitriser vos émotions lors de l'exercice de votre métier?

.....
.....

3) Quels sont selon vous les facteurs pouvant influencer la survenu de vos émotions?

.....
.....

ANNEXES II:

Entretien n°1

Date: Le 02 novembre 2012

Lieu: hôpital A.C

L'entretien a été réalisé auprès d'une infirmière exerçant dans un service d'hépatogastrologie à Créteil. Mme K. est âgée de 50 ans et travaille de nuit depuis 14 ans dans ce service. Mais avant cela, elle a exercé son métier d'infirmière à Paris de jour dans un service de gastrologie également. L'entretien a duré environ 20 minutes et s'est déroule dans le calme.

Mme I: 1) *Avez-vous déjà été en prise à une situation au cours de laquelle vous sentiez que votre relation avec le soigné était devenue trop proche et plus assez professionnelle? Cela vous a-t-il gêné?*

Mme K: Oui, bah oui quand je travaillais à paris, j'ai une anecdote, je suis entrée dans une chambre pour faire une injection à un patient, et je dis «Monsieur je vais vous faire votre intra musculaire». Et là, subitement, qu'est ce que le patient fait? Il baisse le pantalon face à moi comme ça.

Mme I: Oui, d'accord.

Mme K: J'ai dit: «Là il y a un problème, ce n'est pas ça, j'ai dit je viens faire une injection dans la fesse». C'est vrai ça m'a gêné cette situation.

Mme I: C'était au début de votre carrière que cela c'est produit?

Mme K: Oui c'était au début de ma carrière. Donc j'étais un peu gênée. Je pense aussi que le patient était perturbé donc après, je lui demandé de s'allonger et je l'ai installé pour faire sa pique, on n'en est resté là mais bon...

Mme I: C'était dans quel service cette situation?

Mme K: En gastro.

Mme I: Alors ensuite: 2) *Vous est-il arrivé de changer d'attitude à l'égard d'un soigné ou même de ne plus le prendre en charge car vous sentiez être devenue trop proche du soigné?*

Mme K: Non, non, mais enfin bon... Des fois, c'est vrai qu'on a un comportement différent quand on soigne des gens jeunes. Mais je n'ai jamais tutoyé un patient par contre. J'ai toujours respecté le vouvoiement et je pense que cela nous aide à garder les limites.

Mme I: Et vous pensez justement que le fait de tutoyer nous rapproche trop du patient, que l'on dépasse les limites?

Mme K: Oui, oui je pense.

Mme I: Ensuite, 3) *Avez-vous déjà lié une relation autre que celle de la relation de soin avec les soignés?*

Mme K: Bah oui si, si... J'ai eu un patient que j'ai connu pendant pratiquement 20 ans. C'est un monsieur d'un certain âge, qui avait la maladie de Crohn et qui était dans sa profession antérieure tailleur. Et je l'avais pris d'amitié parce qu'il voulait que ca soit toujours moi qui lui fasse les soins. Il n'avait pas fait une fixation sur moi. Mais sans qu'il y ait quoique ce soit. Et ça lui faisait plaisir de faire mes vêtements et tout...

Mme J: Cette amitié avait été liée car il était hospitalisé dans votre service? Pensez-vous que cette relation a altéré la qualité des soins prodigués envers ce patient?

Mme K: Non pas hospitalisé, mais il revenait souvent parce qu'il était atteint de la maladie de Crohn. Il m'avait invité chez lui et j'ai rencontré sa femme. Vraiment j'avais lié une amitié avec ce monsieur quoi! Non au contraire, je prenais soin de soins, je m'appliquai plus dans ma tâche de soignante.

Mme I: Du coup dans cette situation qu'est-ce que vous pensez de la juste distance? C'est vrai que c'est difficile dans ce cas...

Mme K: Euuuh, c'est vrai que c'est difficile, il était d'une gentillesse. Il voulait pas nous déranger avec ses poches, il n'osait jamais appeler les personnels, mais je lui ai expliqué qu'on était la pour ça. Peut être que j'étais plus patiente avec lui donc c'est pour cela qu'il avait lié cette amitié avec moi.

Mme I: Très bien, *1) Qu'évoque pour vous la juste distance? Avez-vous déjà franchi les limites de la juste distance? Si oui, dans quelles circonstances?*

Mme K: Dans la situation précédente.

Mme I: Mais il y a eu d'autres situations dans lesquelles vous avez dépassé les limites?

Mme K: Non c'était vraiment la seule situation je pense.

Mme I: Est-ce que des soignés vous ont offert des cadeaux?

Mme K: Oui, oui bien sur plusieurs fois même. Mais quand je travaillais à Paris je revoyais les mêmes patients qui revenaient trois fois dans l'année donc ils étaient très contents de revoir les mêmes infirmières. Je me rappelle même quand ma fille est née, on m'avait offert un cadeau.

Mme I: 2) Pensez-vous que la qualité des soins prodigués dépend de la juste distance établie avec nos patients? Si oui, pourquoi?

Mme K: Moi je pense oui. Le patient reste un patient et on ne doit pas rentrer... comment vous dire... On est une professionnelle et on est là pour appliquer les soins. On ne doit pas rigoler avec le patient parce qu'il y a des patients qui sont comment te dire... il y a des patients qui disent des blagues. Non, non il faut être professionnel.

Mme I: 1) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire faut-il les taire? Selon vous, exprimer ses sentiments serait-t-il un manque de professionnalisme?

Mme K: C'est vrai qu'on a des situations difficiles par exemple les décès, surtout des patients jeunes. Il ne faut pas pleurer dans la chambre des patients devant la famille, il faut se ressaisir. Même si au fond de toi-même c'est dur. Moi, non ça ne m'est pas arrivé.

Mme I: Pensez-vous que pleurer devant un patient ou même de partager leurs sentiments seraient un manque de professionnalisme?

Mme K: Non, non je ne pense pas parce que je vois des soignants plus sensibles et je ne pense pas que ce soit un manque de professionnalisme. Et je vois de collègues qui pleurent, je pense que c'est aussi avec le temps qu'on apprend à gérer tout cela. Moi au début, le premier décès que j'ai eu voilà quoi ça était très dure.

Mme I: 2) Comment faites-vous pour maîtriser vos émotions lors de l'exercice de votre métier?

Mme K: Ce n'est pas facile.

Mme I: Est-ce qu'on peut les maîtriser? Qu'est-ce que l'on peut mettre en place pour les maîtriser?

Mme K: Tout le monde est différent donc c'est différent. C'est différent selon chaque individu. C'est différent aussi avec le temps. Notre vécu également. Parce que je suis sûre lorsque l'on débute on est plus sensible, moi je vois que maintenant un décès ça te touche toujours mais peut importe l'âge du patient et après on a la famille qui vient nous voir, c'est surprenant. C'est très dur.

Mme I: 3) Quels sont selon vous les facteurs pouvant influencer la survenue de vos émotions?

Mme K: Il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte. Si on est fatigué par exemple, ou si on a eu beaucoup de décès dans la semaine... Ca dépend aussi des familles, comment elles réagissent face au décès, il y a vraiment beaucoup de choses qui rentrent en jeu.

Mme I: Oui, en effet. Qu'est-ce que vous pouvez me dire pour un peu conclure cet entretien? Juste quelque mot. Un conseil?

Mme K: Je pense qu'en tant que professionnel, il faut rester à sa place. Nous, on est infirmière. Lui c'est un patient. On est là pour venir en aide, éduquer mais rester à sa place. Voilà.

Mme I: Je vous remercie pour cet entretien.

Mme K: Je vous en prie.

ANNEXES III:

Entretien n°2

Date: Le 03 novembre 2013

Lieu: Hôpital P.S

L'infirmière interrogée travaille en neurochirurgie de garde dans un hôpital Parisien. Elle est âgée de 30 ans et a 5 ans d'expérience dans le même service. L'endroit n'était pas très approprié pour un entretien, nous étions posées dans une salle d'attente pour les visiteurs. De ce fait, nous avons été à plusieurs reprises dérangées par les visites des patients. L'entretien a duré environ un quart d'heure.

Mme I: *1) Avez-vous déjà été en prise à une situation au cours de laquelle vous sentiez que votre relation avec le soigné était devenue trop proche et plus assez professionnelle ? Cela vous a-t-il gêne?*

Mme G: Je ne crois pas que ce soit arrivé. C'est plus la personne qui se rapproche de moi. Mais pas moi qui me rapproche du patient.

Mme I: Du coup, comment avez-vous géré cette situation?

Mme G: Bah, ce n'est pas facile de mettre des distances, c'est plus dans la subtilité. Il faut continuer le vouvoiement et toujours parler professionnellement.

Mme I: Il ne vous est donc jamais arrivé de tutoyer vos patients?

Mme G: Mise a part quand c'est des très jeunes et si la relation nous le permet.

Mme I: Très bien, *2) Vous est-il arrivé de changer d'attitude à l'égard d'un soigné ou même de ne plus le prendre en charge car vous sentiez être devenue trop proche du soigné ?*

Mme G: Euh... (Hésitation) Non ça ne m'est jamais arrivé. Si en fait. En stage, en psychiatrie, j'étais jeune aussi. J'étais encore étudiante donc c'était difficile, en plus c'était un jeune schizophrène.

Mme I: Et vous avez continué à le prendre en charge ce patient?

Mme G: Oui, oui mais pas totalement, j'en ai parlé avec l'équipe, donc parfois je déléguais certains soins.

Mme I: Très bien, ensuite: *3) Avez-vous déjà lié une relation autre que celle de la relation de soin avec les soignés?*

Mme G: Non pas pour l'instant.

Mme G: Ensuite, *1) Qu'évoque pour vous la juste distance ? Avez-vous déjà franchis les limites de la juste distance? Si oui, dans quelles circonstances?*

Mme G: Euh... (Rire) «La juste distance», c'est d'arriver à avoir une confiance entre le soignant et le soigné. Une proximité quand même. Il ne faut pas de dépassement des limites de l'intimité en fait. C'est difficile à définir en réalité.

Mme I: Dite-moi qu'est ce que vous entendez par «limites»?

Mme G: Les limites ça va être de pas donner les coordonnées, de pas passer plus de temps avec un patient plus qu'avec un autre...

Mme I: Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'être confrontée à une telle situation? De dépasser ces limites justement.

Mme G: C'est dur de répondre car peut-être cela m'est déjà arrivé mais peut être que je ne me suis même pas rendue compte.

Mme I: Vous est-il déjà arrivé de prendre en charge un patient plus longtemps qu'un autre par exemple? De discuter avec lui dans la chambre, sachant que vous aviez d'autres patients qui attendaient?

Mme G: Euh... (Hésitation) Non pas plus que ça. Il y a forcément des cas où l'on s'entend entre guillemets mieux avec certains patients que d'autres.

Mme I: Est-ce que vous avez justement dépassé les limites de la juste distance et si oui dans qu'elle circonstances?

Mme G: Hmm... (En train de réfléchir) Je ne sais vraiment pas quoi vous dire enfin mais je ne vois pas de situation.

Mme I: On passe à la question suivante alors: *2) Pensez-vous que la qualité des soins prodigués dépend de la juste distance établie avec nos patients? Si oui, pourquoi?*

Mme G: Euh oui, en partie je pense. Parce que si on est trop proche, ça cache un peu la vision professionnelle, tant qu'il y a trop d'affect, comment dire... On va écouter la personne mais pas comme d'autres, c'est-à-dire qu'on ne va pas agir de la même manière. Je ne sais pas vraiment comment l'expliquer. (Rire) C'est compliqué! Je me mets dans la situation par exemple, disons qu'on devient proche, et bien on va être plus à l'écoute de ses demandes, ses envies sans avoir le côté professionnel. On va être plus à vouloir lui donner ce dont il a envie et répondre vraiment à ses attentes. Par exemple, s'il veut du sucre ou du sel et qu'il suit un régime, et bien, on va se dire «bon allez on va lui faire un plaisir et puis voilà!» Il n'y a plus le côté professionnel.

Mme I: *1) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire, faut-il les taire? Selon vous, exprimer ses sentiments serait-il un manque de professionnalisme?*

Mme G: Avec la personne? (Rire)

Mme I: Oui, toujours avec le soigné, par exemple si vous voyez votre patient pleurer, allez-vous partager ses émotions ou comment allez vous réagir?

Mme G: Ah! Si la personne pleure, et bien, on ne peut pas non plus la réconforter mais déjà on va être à son écoute et essayer de savoir pourquoi. Surtout être à l'écoute. Elle ne nous dira peut-être pourquoi elle pleure mais on va la laisser parler et dire ce qu'elle a envie. Enfin, c'est plus de l'écoute et de l'empathie. Des fois, on peut parler de choses personnelles. Notre vécu cela peut aussi aider le patient à s'exprimer d'avantage.

Mme I: *2) Comment faites-vous pour maîtriser vos émotions lors de l'exercice de votre métier?*

Mme G: (Rire) C'est dur.

Mme I: Si par exemple en tant que soignant, on est touché par une situation et qu'il nous arrive par exemple de craquer devant le patient, est ce que c'est un manque de professionnalisme?

Mme G: Bah...

Mme I: Est ce que vous avez déjà vécu cette situation ? Ou un de vos collègue?

Mme G: Si on pleure devant son patient, et bien je ne sais pas, on représente tout de même une force. Enfin, je ne sais pas comment le dire, mais on doit agir de façon professionnelle. On doit avoir cette force aussi... Après, ça peut arriver. On peut sortir de la chambre et pleurer. Mais pas devant nos patients.

Mme I: Comment faites-vous pour maîtriser vos émotions lors de l'exercice de votre métier?

Mme G: Bah après si on est dans une situation difficile... On parle avec nos collègues, pour parler des choses qui nous tiennent à cœur, des situations vécues qu'on partage, pour s'adapter à la situation des autres.

Mme I: 3) *Quels sont selon vous les facteurs pouvant influencer la survenue de vos émotions?*

Mme G: (Rire) Je ne sais pas. Par exemple, Euh... (Hésitation)

Mme I: Par quoi peut être déclenchée l'apparition des émotions ressenties envers nos patients?

Mme G: (Incompréhensible)

Mme I: Avant votre carrière, vous êtes vous déjà arrêtée sur la question de la juste distance? Ce n'était pas un sujet auquel vous vous êtes interrogée?

Mme G: Non, c'était naturel. Je ne me suis jamais posée de question à ce sujet. On apprend aussi des autres et de leur situation. C'est parfois des situations auxquelles on fait face qu'on n'a pas vraiment bien pu gérer...Et on avance et on réfléchit. Je n'ai pas forcément pensé à cette juste distance. Mais maintenant avec votre questionnaire, j'y repenserai sûrement. Durant la formation, au retour de stage, les élèves racontaient leurs situations vécues et cela me mettait parfois face à la problématique de la juste distance. Chaque personne étant unique il faut savoir s'adapter à chaque situation.

Mme I: Je vous remercie de votre disponibilité.

ANNEXES IV:

Entretien n°3

Date: Le 11 novembre 2012

Lieu: Hôpital la Pitié salpêtrière

L'entretien a été réalisé auprès d'une infirmière exerçant dans un service d'oncologie dans un hôpital Parisien. L'infirmière interrogée avait une trentaine d'année et elle exerce dans ce service durant un an maintenant. Avant cela, elle a travaillé 4 ans dans une boîte d'intérim. L'entretien s'est déroulé dans une pièce calme et isolée à l'abri du bruit.

Mme I: *1) Avez-vous déjà été en prise à une situation au cours de laquelle vous sentiez que votre relation avec le soigné était devenue trop proche et plus assez professionnelle? Cela vous a-t' il gêné?*

Mme V: Alors moi personnellement, j'ai eu une situation, je travaille en oncologie à la Pitié Salpêtrière, euuuh en fait j'avais le père d'une copine de ma sœur que je ne connaissais pas lui directement, mais je connaissais très bien la copine de ma sœur donc c'est vrai qu'au début ça m'a gêné de m'en occuper mais après en fait ça c'est plutôt bien passé. J'ai fais abstraction de ça et puis voilà.

Mme I: D'accord mais quand est-ce que vous avez appris que c'était un patient de l'une de votre amie?

Mme V: En fait je savais avant même qu'il soit hospitalisé dans le service, car je savais qu'il était suivi dans ce service et dans cet hôpital. Je savais quand j'allais venir travailler le lendemain qu'il serait la dans service, je le savais déjà la veille.

Mme I: Donc vous avez accepté de le prendre en charge? Avez-vous rencontré des difficultés?

Mme V: D'emblé, je me suis dit, que si son état s'aggrave, j'allais passer le relais à ma collègue, parce que je ne voulais pas être dans ses moments la et devoir gréer la famille et d'autant plus que c'est des proches.

Mme I: Est-ce que la famille vous sollicitez beaucoup? Est ce que la famille vous appelez en dehors de vos heures de travail pour avoir des nouvelles?

Mme V: Non, en effet, la famille téléphonait ma sœur pour avoir des nouvelles, et je n'ai pas vue la famille quand je travaillais dans le service.

Mme I: Question suivante, *2) Vous est-il arrivé de changer d'attitude à l'égard d'un soigné ou même de ne plus le prendre en charge car vous sentiez être devenu trop proche du soigné?*

Mme V: Mmmhhh, non pas spécialement, non pas de souvenirs.

Mme I: *3) Avez-vous déjà lié une relation autre que celle de la relation de soin avec les soignés?*

Mme V: Bha, c'est vrai qu'au moment des soins on discute de tout et de riens avec les patients. Ce qui est difficile, c'est lorsque le soigné à une vingtaine d'année, ça complique la relation. Moi, j'essaie toujours de les tutoyer, ça permet de mettre une barrière, si non après il y a plus de limites.

Mme I: vous est-il déjà arrivé de tutoyer un patient?

Mme V: Non, je n'ai pas le souvenir mais peut être que j'ai fait sans même m'en rendre compte. Mais je vois mes collègues le faire et c'est vrai que je trouve ça gênant.

Mme I: Et vous qu'est ce que vous penser du tutoiement? A votre avis est-ce que lorsque l'on tutoie un patient on dépasse les limites de la juste distance?

Mme V: Moi je pense oui, je pense que chacun doit rester à sa place.

Mme I: Très bien, ensuite: *1) Qu'évoque pour vous la juste distance? Avez-vous déjà franchis les limites de la juste distance? Si oui, dans quelles circonstances?*

Mme V: Moi personnellement, ça ne m'est jamais arrivé. Mais à mes collègues si, un jeune justement qui est décédé à 25 ans en oncologie et j'ai des collègues lorsqu'elles se sentent proches d'un patient sont parties à l'enterrement de ce patient. Je pense que ce n'est pas notre place. On dépasse les limites.

Mme I: Qu'entendez-vous par «limites»?

Mme V: Après c'est difficile de définir les limites, je pense que c'est large. Je pense qu'il faut toujours ce dire que qu'on est soignant et que c'est pas NOS patient, ce n'est pas notre famille, c'est des gens qui sont la pour une durée; on doit les soigner et même si on créait des liens, on est humains, on peut s'y attacher euuuhh... il faut pas oublier qu'on est avant tout soignant et que c'est pas non patients.

Mme I: Tout a fait. Ensuite: *2) Pensez-vous que la qualité des soins prodigués dépend de la juste distance établit avec nos patients? Si oui, pourquoi?*

Mme V: Mmmhhhh....

Mme I: Ce que je veux dire par la c'est est-ce que la qualité et en lien avec la relation établit avec notre patient? Par exemple si on est trop poche du patient ou bien on met une trop grande distance ca peut justement altérer la relation de soin?

Mme V: Dans les deux cas oui, être trop froid ou trop distant du patient ce n'est pas bon non plus maintenant ça veut pas dire qu'on est mauvais soignant mais être trop proche comme je dis il n'y a plus de limites dans la relation d'aide. On est plus dans la relation de soignant. Mais c'est difficile de savoir, de connaître nos limites, on est en oncologie donc on revoit souvent les mêmes soignés, et donc il y a des liens qui se créent, les patients reviennent tout les trois semaines voir plus donc il y a d'avantages de lien qui se créent et c'est vrai qu'il y faut pas oublier ces limites là. Je ne sais pas si bien répondu à votre question.

Mme I: Oui, bien sûr. Est-ce que dans cette situation comme vous dites, il vous est déjà arrivé qu'un soigné vous demande votre numéro de téléphone par exemple?

Mme V: Qu'un soigné me demande mes coordonnées? Non ça ne me dit rien. Mais à la collègue oui, dans la situation que je vous ai raconté avec le jeune qui est décédé, après ça n'empêche pas que ce soit une très bonne soignante. C'est vrai qu'elle ça lui est arrivée déjà avec le patient de 25 ans et un autre jeune, elle est familière avec eux, elle donne des surnoms...

Mme I: Oui très bien.

Mme V: Bon moi ça ne m'est jamais arrivé.

Mme I: Ensuite: *1) Pensez-vous qu'il est nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire faut-il les taire? Selon vous, exprimer ses sentiments serait-t-il un manque de professionnalisme?*

Mme V: Je pense que c'est important. Il faut en discuter avec nos collègues, on rencontre souvent des situations difficiles, des fois c'est vrai que on peut rencontrer des difficultés que parfois les collègues ne rentrent pas donc c'est d'autant plus important dans un service comme celui là d'échanger. De pouvoir vider ses émotions, dire ce que l'on ressent, c'est un service compliqué, il faut qu'on se protège.

Mme I: Oui, en effet vous exercer dans un service d'oncologie là où les émotions et les affects surgissent donc ça ne doit pas être évidemment dans votre quotidien.

Mme V: Oui, tout à fait. La chose qui manque dans notre service en effet c'est qu'il n'y a pas de groupe de parole avec la psychologue. Et c'est vrai que ça manque pas mal avec il y en

avait une mais maintenant non. Maintenant, on discute beaucoup plus avec nos collègues il y a des moments où l'on craque et c'est normal car on est humain.

Mme I: Et vous ressentez le besoin d'en avoir une?

Mme V: Ça renforce les liens encore plus et de pouvoir discuter avec les autres, on verra que nous sommes peut-être pas les seules avoir rencontré celle ou telle difficulté.

Mme I: *Selon vous, exprimer ses sentiments serait-t-il un manque de professionnalisme ?*

Mme V: Oui, ça serait manqué de professionnalisme, on a droit de craquer, on est humain mais pas devant le patient. Le patient a besoin d'être sécurisé, se sentir en sécurité. Même s'ils s'ont pas bêtes.

Mme I: *2) Comment faites-vous pour maîtriser vos émotions lors de l'exercice de votre métier?*

Mme V: Bha justement, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est pas nos patients, ce n'est pas notre famille, ce ne sont pas nos proches, ils sont là et je m'en occupe au mieux que je peux et j'essaie de toujours me rappeler de ça mais il y a des fois où c'est difficile, on dépasse forcément les limites.

Mme I: En fait, ce que je veux dire c'est comment vous faites pour les maîtriser vos émotions? Vous mettez une distance c'est bien ça?

Mme V: Je mets toujours cette barrière pour ne pas être trop proche en fait, je me protège en quelque sorte, mais à un moment ou un autre on est obligé de craquer, on la dépasse cette juste distance c'est sûr mais peut-être sans s'en rendre compte mais c'est difficile de savoir jusqu'où on peut aller.

Mme I: *3) Quels sont selon vous les facteurs pouvant influencer la survenue de vos émotions?*

Mme V: Eeeeeuuu...(Hésitation)

Mme I: j'entends par cette question par rapport à votre patient comment les sentiments font-ils surfacer? Je ne sais pas si je suis claire?

Mme V: déjà ça dépend personnellement, on peut se rappeler d'un proche, on peut avoir des situations qui nous font penser à notre famille, si on soigne des patients ayant le même âge

que nos patients, grands parents par exemple. Une maladie peut toucher tout le monde donc on y repense.

Mme I: Pour conclure, si vous pouvez me dire quelque chose de générale sur la juste distance?

Mme V: C'est ce que j'ai dit tout à l'heure, ce ne sont pas nos patients, notre famille, donc il faut garder un distance mais pas trop non plus car ca pourrait nuire au patient dans ce cas la aussi. Et de faire au mieux notre travail.

Mme I: Très bien, j'ai une dernière question s'il vous plait: que penser vous de la communication?

Mme V: Oui, oui c'est très important la communication, car parfois on voit le patient non pour un soin mais un soin relationnel. C'est la base de nos soins. Nous sommes en permanence en communication avec nos patients pour donner des explications sur un médicament, expliquer un soin qu'on a lui prodiguer ...En soignant notre communication, on soigne également la relation établit avec nos patients et on peut de se fait mettre uns juste distance.

Mme I: Donc pour vous cela nous aide également à établir une juste distance?

Mme V: Oui tout a fait!

Mme I: J'ai pensé à ca maintenant parce vous m'avez parlé du tutoiement et du vouvoiement. Encore merci pour votre gentillesse et de m'avoir accordé votre temps.

Mme V: Je vous en prie.