

Mémoire de Fin d'Etudes

UE 3.4, UE 4.8, UE 5.6, UE 6.2

Semestre 6

La juste distance en psychiatrie :

*« Pas trop chaud, pas trop froid,
mais de grâce, pas tiède ! »**



Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel, effectué dans le cadre d'une formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Roanne. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur ».

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidé lors de ma formation, et spécifiquement celles qui m'ont soutenue et conseillée lors de la construction de mon mémoire de fin d'études.

Merci tout d'abord à ma famille et à mon copain, qui m'ont supporté pendant la rédaction du mémoire : en période de stress et lors des problèmes informatiques ...

Merci bien sûr à ma guidante de TFE, ainsi qu'à ma référente pédagogique, pour leur patience et leur humour.

Merci à tous les formateurs de l'IFSI qui m'ont toujours encouragée et soutenue, et qui se reconnaîtront.

Merci à mes amis qui m'ont conseillé, et à mes 'camarades' de guidance collective.

Merci aussi aux professionnels de santé que j'ai rencontrés lors de mes différents stages de psychiatrie, et lors des entretiens, qui m'ont beaucoup apporté.

Et enfin, merci à Madame Roberton, qui nous a beaucoup aidé pour la méthodologie, grâce à son livre et à ses cours.

SOMMAIRE

Introduction	1
1^{ère} PARTIE : Constat de la situation d'appel à la question de départ provisoire	2-5
1. Description de la situation d'appel	2
2. Analyse de la situation et question de départ provisoire	3
2^{ème} PARTIE : La phase exploratoire	6-15
1. L'enquête de terrain auprès des professionnels	6
2. La méthodologie des recherches bibliographiques	11
3. De la synthèse exploratoire à la question centrale définitive	12
3^{ème} PARTIE : Du cadre conceptuel à l'hypothèse	16-32
I. Cadre contextuel : <u>La psychiatrie</u>	16
1.1. L'historique de la formation infirmière en psychiatrie	16
1.2. Deux particularités: les soins relationnels et les temps informels	17
1.3. Le cadre de soins	18
II. Cadre théorique	
1. <u>La distance relationnelle</u>	19
1.1. Relation soignant-soigné: relation thérapeutique et rencontre interpersonnelle	19
1.2. la « juste distance »	21
2. <u>La gestion des émotions</u>	22
2.1. L'empathie	23
2.2. Les transferts	24
2.3. L'attachement et l'érotisation dans la relation de soin	25
2.4. L'analyse de l'infirmière (introspection) et de sa pratique professionnelle	27
3. <u>Le positionnement professionnel infirmier</u>	29
3.1. La Construction d'une identité professionnelle et l'adoption d'une posture professionnelle	29
3.2. L'expérience professionnelle	31
Hypothèse	32
Conclusion	33
Bibliographie	35-37
Annexes	38-68

Introduction

INTRODUCTION

Durant mes années d'études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), j'ai eu l'opportunité de réaliser trois stages en psychiatrie. En tant qu'étudiante infirmière, cette discipline m'a interpellé par rapport à une conception du « prendre soin » particulière. De plus, j'ai été confrontée plusieurs fois, dans ces stages, à des difficultés dans l'établissement de la distance soignant-soigné, d'où le titre de mon mémoire :

*« L'écoute nécessite à la fois de la froideur, être très froid, pour pouvoir expliquer, objectiver, élucider, situer, catégoriser chaque fois que c'est nécessaire, et de la chaleur humaine afin de pouvoir comprendre, faire preuve d'empathie et de compassion. Et pourtant, la synthèse n'est pas dans la tiédeur. La juste mesure pourrait alors être : « **pas trop chaud, pas trop froid, mais de grâce pas tiède !** » Je considère qu'il est indispensable d'être profondément impliqué dans les métiers de la relation d'aide, impliqué par et pour l'être humain en tant que tel, mais pas du tout impliqué par cette personne-là. ¹ »*

A l'issue de mon premier stage de psychiatrie adulte, en début de deuxième année, j'avais réalisé mon analyse pratique du portfolio sur l'interrogation suivante : comment trouver la juste distance avec un patient de mon âge ? Mes questions à propos de ce sujet sont revenues lors de mon deuxième stage de psychiatrie. En tant que future professionnelle, j'ai voulu analyser ma pratique professionnelle, sur ce thème, pour l'améliorer et construire plus sereinement mon projet professionnel. La « juste » distance relationnelle a un intérêt professionnel étant donné qu'elle interroge toutes les infirmières, tout particulièrement en psychiatrie, à un moment ou à un autre de leur carrière, car c'est une notion abstraite et mouvante. Il est indispensable de la travailler pour établir des prises en charge de qualité. Quels sont alors les facteurs qui favorisent ou qui nuisent à cet équilibre dans la relation de soins ?

Pour construire ce mémoire, j'ai commencé par me re-questionner sur ma situation d'analyse pratique du portfolio en étoffant ma réflexion. J'ai ensuite trouvé une question de départ provisoire, que j'ai modifiée à l'issue de la phase exploratoire, après avoir confronté les entretiens des infirmières de terrain avec mes recherches documentaires. J'ai donc rédigé ma question centrale définitive qui m'a permis d'élaborer le cadre conceptuel. Pour finir, j'ai proposé une hypothèse qui reste à valider, et j'ai conclu mon travail de fin d'études en expliquant ce qu'il m'a apporté dans ma future pratique professionnelle.

¹ TROUCHAUD, Marie-Jeanne. *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes*. Paris : Edition Du cygne. 2009. 238 pages. (C-Psy). p. 169-170

1^{ère} PARTIE :

Constat

de la situation d'appel

à la question de départ provisoire

1. Description de la situation d'appel

La situation qui m'a interpellée, s'est déroulée lors de mon 1er stage de psychiatrie pendant ma 2^{ème} année de formation. Elle se passe lors de mon 2^{ème} jour, avec un jeune patient schizophrène de 25 ans (Mr G.), hospitalisé à l' Hôpital de jour en psychiatrie. Ses troubles sont stabilisés, il ne manifeste pas de délire.

Cet après-midi là, la médiation thérapeutique de groupe est une promenade au bord du canal. Pendant cette activité, il y a 6 patients, une infirmière, et moi. L'activité étant à l'extérieur, nous (les soignants) ne portons pas de blouse. En effet, habituellement dans le service, les infirmières portent le haut de leur tenue professionnelle, et les stagiaires doivent porter la tenue entière. Par contre, lorsque nous faisons une médiation hors de l'hôpital, tous les soignants s'habillent en civil, afin de ne pas attirer l'attention des personnes sur les patients.

Lors de la promenade, les patients parlent entre eux et avec nous. Lorsque j'essaie d'échanger pour la première fois avec Monsieur G., le contact est difficile à établir. Le patient reste distant et mal-à-l'aise, la discussion est superficielle et bloquée. Constatant ainsi cet « obstacle » à la création d'un lien, je cherche un moyen pour approcher plus facilement ce patient en retrait. Je me « surprinds » à le tutoyer pour faciliter la communication et ainsi créer une relation de confiance. Ce qui ne me serait pas venu à l'idée si le patient n'avait pas eu mon âge. Ceci a eu un effet rapide car il a effectivement commencé à me parler plus librement. Le fait de l'avoir tutoyé m'a permis d'entrer en contact avec lui, mais cela a engendré ensuite une difficulté à mettre une distance entre lui et moi, une distance soignant- soigné nécessaire à sa prise en charge.

Par conséquent, de retour dans le service, j'ai l'impression d'avoir fait une faute professionnelle en le tutoyant, donc j'en parle avec les infirmières. Elles me disent de ne jamais tutoyer les patients, mais que si je veux, je peux l'appeler par son prénom, tant que je conserve une posture professionnelle. Notion qui m'a paru floue et abstraite.

Les jours suivants, je suis en difficulté pour prendre en charge ce patient car il n'a pas la même attitude avec moi qu'avec les autres soignantes. Il se montre à l'aise, voire même dans une attitude de séduction, par ses regards et en me posant des questions personnelles, auxquelles je réponds, moi-même dans le doute et la confusion de cette relation.

Je sens aussi que je n'ai pas la même attitude avec lui qu'avec les autres patients, je ne sais pas trop pourquoi. Avec du recul, je réalise que je ne sais plus dans quel registre j'entretiens cette relation. En tant qu'étudiante, nous devons prendre en charge un certain nombre de patients, et je préfère ne pas prendre en charge Monsieur G. car mon positionnement professionnel avec lui n'est pas clair et adapté.

2. Analyse de la situation et Question de départ provisoire

Différents éléments dont le manque de distance entre les soignants et les soignés, et mon manque de professionnalisme, m'ont empêchée de prendre en charge un patient. C'est pour cette raison que j'ai souhaité interroger et analyser cette situation, afin de comprendre ce qui s'est passé, pour ensuite améliorer ma pratique professionnelle (ce qui me semble important, en ayant un projet professionnel en psychiatrie, comme le mien).

J'ai 21 ans, je suis en début de 2^{ème} année, et c'est mon 3^{ème} stage. Mon manque d'expérience professionnelle et ma jeunesse, me semblent entrainer une difficulté à être considérée comme professionnelle par les patients, et par les infirmiers, étant donné mon statut de stagiaire.

C'est mon 1^{er} stage en psychiatrie et je découvre que les prises en charge sont très différentes de celles des services somatiques. En psychiatrie, elles se basent principalement sur les soins relationnels et l'écoute active. Je me rends compte au fur et à mesure que, surtout en psychiatrie, les patients poussent les soignants dans leurs limites, par leurs pathologies.

Etant donné que cette situation se déroule le 2^{ème} jour de mon stage, je connais peu le service et les patients. Ils ont des troubles psychiques, rentrent chez eux le soir, et viennent ici entre un à cinq jours par semaine. Le patient de ma situation est schizophrène, il a quatre ans de plus que moi, et c'est la 1^{ère} fois que je suis confrontée à un patient de mon âge. Je me demande alors comment je dois me « comporter » à son égard.

Je me rends compte que la relation établie avec lui n'est pas appropriée pour une prise en charge, mais je ne sais pas trop ce qui se passe, et je n'arrive pas à créer une bonne distance soignant-soigné. Les jours suivants, j'essaie de l'éviter, mais c'est compliqué car je ne veux pas être ni trop froide ni trop proche. J'essaie donc de m'appuyer sur les conseils des infirmières pour ré-ajuster mon attitude avec lui, mais je n'y parviens que partiellement.

Avec mes premières recherches, je remarque qu'il est important de poser un cadre clair avec les patients. Ici, la médiation se passe en dehors des murs de l'hôpital, il n'y a donc plus le cadre institutionnel et spatial qui rappelle que les personnes sont hospitalisées, je perds donc les seuls repères intra-hospitaliers que j'avais. Cet élément ne m'aide pas. De plus je suis stagiaire, sans expérience en psychiatrie, et je n'ai pas encore confiance en moi. Mon attitude n'est pas encore professionnelle à ce moment là, et le patient l'a sans doute perçu.

Je me demande alors quel impact a eu l'absence de la blouse dans cette situation, sur le patient et moi. Les IDE* m'ont expliqué qu'on ne la porte pas afin de respecter le secret professionnel et la confidentialité à l'extérieur, ainsi que pour éviter le regard des autres personnes sur eux et leurs jugements. Je me questionne alors sur le rôle que joue habituellement la blouse.

Je suppose que la blouse est un moyen de montrer visuellement cette distance entre les soignants et les soignés. Mais dans mes premières recherches j'ai trouvé le contraire « *la blouse ne crée pas la distance thérapeutique. Certains soignants pensent que la blouse les « protège ».* [...] *La blouse fonctionne simplement comme un rappel que le soignant appartient à une institution.* »². Je me pose donc les questions suivantes : est-ce que la blouse ne serait pas une manière de se cacher derrière l'institution de l'Hôpital ? Ou est-ce seulement un signe apparent de notre statut ? Est-ce un moyen de se protéger en tant que professionnel ? Mais se protéger de quoi ? Des patients ou simplement pour ne pas « sympathiser » avec eux ? Quelle est la nuance entre sympathie et empathie ?

En effet, pour ma part que c'est plus facile d'établir cette distance quand je porte la blouse car je représente physiquement une soignante et une professionnelle, et cela m'aide à faire la part des choses, et à avoir une attitude plus professionnelle. Je me pose donc des questions sur ce qui est « visible » et sur le langage d'un soignant. Est-ce que la bonne distance est plus facile à établir quand les pathologies sont plus visibles (somatiques) ? Comment conjuguer authenticité et spontanéité avec une attitude et un langage professionnels ?

En effet, en psychiatrie, les pathologies des personnes ne sont pas visibles donc pas identifiées tout de suite par les novices, mais elles le sont par les professionnels avertis. Elles ne sont pas guérissables par un acte médical, elles sont psychologiques et font partie de l'identité et du psychisme de la personne. C'est ce qui est plus particulier en psychiatrie que dans les autres spécialités. J'ai remarqué que les soignants travaillent en relation avec la vie intime et les ressentis des patients. Est-ce pour cela que trouver la juste distance en psychiatrie me paraît plus complexe que dans les autres services ? Est-ce la proximité psychique qui me paraît plus compliquée à gérer que la proximité physique ?

Dans les services de psychiatrie, je ne vais pas dans la chambre des patients pour prodiguer un soin dit « technique », mais j'entre seulement en relation avec eux. Comment alors différencier une discussion « banale » d'un entretien thérapeutique (informel) ? Parfois c'est difficile pour moi de faire la différence, car je me demande comment faire pour rester authentique et spontanée en même temps que professionnelle. Les questions posées doivent être réfléchies, mais l'échange doit rester un échange vrai, d'où mon interrogation sur l'authenticité.

Dans la situation que j'évoque, j'ai amené le patient à parler de lui, comme je le fais avec les autres patients. Mon but est de créer une relation de confiance pour ainsi comprendre ses besoins, son mode de vie, ses projets, et ses difficultés liées à la pathologie. Vu que nous étions presque du même âge, le but de mes questions a pu être mal interprété par lui. De plus, je me

² NARDIN, Roland. Trouver la juste distance thérapeutique. *Aide soignante*. Février 2012. n°134. p. 09-10

pose les questions suivantes : Comment ne pas 'sympathiser' avec un patient de mon âge ? Comment être crédible et professionnelle ? Et comment me positionner ?

D'autre part, étant donné le problème de communication du départ, je me suis mise à le tutoyer à cause de son âge, pour entrer en relation avec lui. Je ne me suis pas rendue compte tout de suite que cela pouvait être problématique, et ressenti comme une intrusion pour lui. Je l'ai réalisé à la fin de la médiation, j'ai senti que cela amenait de la confusion dans la relation. C'est pour cela que j'en ai fait part aux infirmières juste après.

J'ai eu l'impression d'avoir créé involontairement une sorte de « camaraderie ». J'ai appris par les infirmières que le vouvoiement est priorisé dans ce service. Elles m'ont dit que cela avait été pensé comme un outil pour mieux se positionner, surtout lorsqu'on est stagiaire, et pour se protéger afin de ne pas trop « s'attacher », autant pour les soignants que pour les patients. Mais comment ne pas trop s'attacher à eux ? Y a-t-il une 'méthode' pour cela ? De plus, il peut aussi y avoir un risque de séduction de la part du patient, ce qui contrarie et fausse la prise en charge. Ces éléments m'ont aussi été amenés par mes lectures, en particulier le fait que « *Le tutoiement est habituellement réservé aux relations proches (familles, amis) ou entre pairs (personnes du même âge, ...)* et le vouvoiement est associé aux relations professionnelles. »³ d'où ma problématique de l'âge. Mais il ne faut pas que le vouvoiement soit utilisé de manière rigide, il doit être réfléchi et dépendre du contexte.

Le fait de ne pas avoir la même attitude avec certains patients peut s'expliquer par le phénomène de transfert et contre-transfert qui se produit souvent en psychiatrie. J'ai découvert ce phénomène grâce à mes premières recherches bibliographiques. Ce phénomène peut être « négatif » s'il n'est pas analysé rapidement par le soignant, et non considéré comme un élément de travail. Ce que je n'avais pas fait, car je n'en n'étais pas du tout consciente, car il m'était inconnu au moment de la situation. A ce jour, j'ai compris que le transfert est ce que le soignant renvoie inconsciemment au patient, et le contre-transfert est la réaction de défense inconsciente du soignant face à cela. Cette difficulté à trouver la bonne distance a eu un impact sur ma prise en charge infirmière concernant un patient, et la situation s'est répétée avec d'autres patients de mon âge dans mon 2^{ème} stage de psychiatrie adulte (dans d'autres circonstances).

Cette analyse de situation m'amène finalement à la question de départ provisoire suivante : « **Dans quelle mesure, la spécificité du soin infirmier en psychiatrie, influence-t-elle l'établissement de la distance professionnelle ?** »

³ PRAYEZ, Pascal (coordonné par LORAUX Nicole). *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. France : Lamarre, 2005. 229 pages. page 116

2^{ème} PARTIE :

La phase exploratoire

1. L'enquête de terrain auprès des professionnels

La méthode de l'enquête :

Dans le but de légitimer ma question de départ provisoire, et de préciser mon objet de recherche, j'ai mené trois entretiens auprès de professionnels de santé. L'objectif de mes entretiens était de confirmer que ma problématique de départ n'est pas une question personnelle mais bien une question qui se pose régulièrement en service pour d'autres infirmiers et qui suscite des réflexions pour améliorer sa pratique professionnelle. Concernant le choix des personnes enquêtées, étant donné que ma situation de départ concerne la psychiatrie, j'ai trouvé judicieux d'interroger trois infirmières travaillant dans ce secteur, mais dans trois types de services différents. J'ai aussi cherché à interviewer des infirmières ayant des expériences professionnelles variées (nombre d'années et différents types de patients) pour voir si les réponses variaient en fonction de cet élément là.

Ainsi, les soignantes que j'ai rencontrées sont :

- Une infirmière ISP* travaillant dans un service de psychiatrie de liaison pour adultes. Elle rencontre des patients en souffrance psychique, hospitalisés pour un problème somatique dans les services de soins généraux d'un centre hospitalier. Ces patients interrogent l'équipe par leurs réactions ou leur comportement. Elle a plus de 30 ans d'expérience dans le domaine de la psychiatrie.
- Une infirmière ISP* travaillant en pédopsychiatrie (avec des adolescents) qui propose des entretiens de soutien ou à visée thérapeutique, et des accueils en groupe d'une à deux heures sur un rythme régulier. Elle a aussi 30 ans d'expérience en psychiatrie (22 ans en psychiatrie adulte et 8 ans en pédopsychiatrie).
- Une infirmière IDE* travaillant en psychiatrie adulte, dans un service fermé où les patients sont en hospitalisation complète (HL, HDT, HO). Elle est en début de carrière et a trois ans d'expérience (en psychiatrie).

Au niveau du déroulement, pour les trois entretiens je n'ai pas rencontré de difficulté et ils m'ont tous apportés des éléments nouveaux. Les trois ont duré entre 30 à 45 minutes, et nous étions dans leurs services, toujours dans un bureau au calme, et j'ai eu l'autorisation des trois pour les enregistrer avec un dictaphone, ce qui a facilité plus tard la retranscription. Cependant, lorsque je les ai interrogé, j'ai pris quelques notes en parallèle, pour leur faire éclaircir certains points quand je voulais plus de détails.

Les questions que je leur ai posées sont inscrites dans le guide d'entretien en Annexe II. Lors de ces entretiens, j'ai finalement remarqué que la troisième question était mal formulée, car

j'ai du expliquer à deux d'entre elles ce que j'avais voulu dire en posant cette question. Je me suis aussi demandée si je n'aurais pas dû interroger un infirmier homme pour voir s'il y aurait eu des décalages de réponses entre hommes et femmes. De plus, pour vérifier le fait de la spécificité en psychiatrie, il aurait peut-être été intéressant d'interroger des infirmiers de services de soins généraux afin de comparer leurs réponses.

Pour exploiter leurs réponses, j'ai fait une synthèse d'analyse par question, en les comparant et en les regroupant par thèmes évoqués. Je me suis aussi un peu servie d'un tableau (Annexe VI), mais qui, au final, m'a plus aidé à faire la synthèse globale de la phase exploratoire et à entrevoir mes premières pistes de recherches de concepts.

L'analyse des entretiens : (voir Annexes II, III, IV, V)

1^{ère} question :

Quels sont les éléments qui vous permettent d'établir une distance professionnelle ?

Tout d'abord, pour établir cette juste distance, ce qui revient en 1^{er} dans les entretiens c'est leur statut de professionnelles en tant que soignantes. Leur position d'Infirmière leur permet, dès l'entrée du patient, de poser un cadre clair et sécurisant, en soulignant les objectifs de la prise en charge ou de l'hospitalisation, ainsi que leur rôle de soutien et d'aide à son égard.

Ensuite, ce qui est amené par les infirmières interrogées, c'est la notion du vouvoiement et du tutoiement. Il apparaît que l'utilisation du vouvoiement et du nom de famille est fortement privilégiée et conseillée dans la plupart des cas pour les adultes, mais que cela dépend aussi souvent de la pathologie des patients. En effet, pour les adolescents, les personnes autistes, démentes, ou psychotiques graves en période de délire, il faut d'abord savoir pourquoi elles tutoient, et ne pas forcément les recadrer si cela n'entrave pas la prise en charge. Par contre, il est nécessaire de recadrer si c'est un patient chronique qui « s'installe » ou si c'est un patient du même âge que le soignant, car il ne faut pas faire 'copain-copain' entre soignants et soignés. Il peut alors y avoir une confusion entre relation sociale/amicale et relation professionnelle. De plus, ceci peut engendrer une sorte de séduction, de la part du patient, dont il faut se méfier et recadrer sans être « ni froide ni désagréable », en rappelant le statut de chacun et que c'est un lieu de soin.

Il en est de même pour les questions personnelles qui leur sont souvent posées. Elles m'ont expliqué y répondre en fonction du contexte, c'est-à-dire : si c'est bref, sans trop de détails, et dans le but d'installer une relation de confiance, c'est envisageable, et si ce n'est pas dangereux pour leur vie privée et leur intimité. Dans le cas contraire, elles se méfient et se

protègent en ne répondant pas aux questions, pour mettre des limites fermes et ne pas se laisser « intruser ».

Selon elles, pour être infirmière en psychiatrie et trouver cette juste distance, elles doivent se connaître elles-mêmes un minimum, connaître leurs limites, parce que les patients leur renvoient beaucoup de choses. Il leur faut donc savoir analyser, s'analyser, échanger avec leurs collègues sur leurs ressentis, et surtout si elles sont trop touchées, elles acceptent de passer le relais de la prise en charge, avant d'être envahies et de ne plus être aidantes pour les patients. En effet, toutes les trois insistent sur l'importance du travail d'équipe, car elles peuvent compter les unes sur les autres, en attendant d'analyser « le problème ». Je constate donc qu'il y a aussi une relation soignant-soignant.

Par contre, parfois, les infirmières s'attachent aux patients, parce qu'elles soulignent qu'en psychiatrie l'outil de travail c'est elles-mêmes, mais grâce à l'expérience professionnelle, elles arrivent à prendre du recul, à ne plus y penser en rentrant chez elles, et à avoir un attachement serein.

D'après leurs propres expériences respectives (qui s'acquièrent petit à petit), quand elles étaient stagiaires et plus jeunes, la distance et le positionnement professionnel étaient au départ difficiles, mais elles ont appris toutes les trois, d'abord grâce à leurs « mentors » (des infirmiers psy) qui les ont conseillé et accompagné, puis avec leur propre expérience professionnelle. Pour finir, une soignante a évoqué brièvement la blouse comme étant un élément pouvant contribuer à cette distance, puisqu'elle marque une barrière physique dès l'arrivée du patient, mais étant donné que les deux autres soignantes n'en portent pas et qu'elles n'ont aucune difficulté avec cette distance, je pourrais en « conclure » que la blouse n'est pas un élément indispensable mais seulement une aide.

Il y a aussi la distance physique qui a été légèrement évoquée par deux professionnelles, lorsqu'elles travaillaient en pédopsychiatrie, mais la proximité physique ou la façon de dire bonjour n'ont pas posé problème donc n'ont pas été développées.

2^{ème} question : Quels sont les éléments qui la mettraient en échec ?

Tout d'abord, ce qui peut mettre en échec la bonne distance soignant-soigné, c'est quand elles connaissent la personne avant l'entrée dans le service. Elles ont une relation non professionnelle dès le départ, car ce patient fait partie de leur vie privée, donc elles évitent de le prendre en charge.

En effet, un autre élément important qui peut nuire à cette distance, c'est si elles ne posent pas le cadre d'emblée, et si elles ne sont pas claires avec le patient et avec elles-mêmes. Cela ne va pas le sécuriser dans le lieu de soin qu'est le service. Il ne va pas connaître les limites

du cadre et des soignantes, ce qui peut engendrer des dérives d'ordre relationnel. Il est aussi important qu'elles sachent doser leur humour et être 'subtiles', car le patient peut percevoir cela comme de la séduction ou bien de la moquerie.

De plus, il faut poser les choses, lui dire que le secret professionnel sera respecté, qu'il peut exprimer sa souffrance ici, dire tout ce qu'il veut car c'est un temps uniquement pour lui. Il faut d'ailleurs pour cette raison ne pas faire de « mélanges d'histoires » entre la sienne et la leur, et surtout ne jamais dire « je l'ai vécu » ou « je me mets à votre place », ni faire 'copain-copain' avec le patient en sympathisant, et en croyant faire une alliance thérapeutique de cette manière là. En effet, les infirmières me rappellent qu'il y a une différence entre empathie, sympathie, et compassion, qu'il est important de ne pas les confondre pour rester aidantes.

Un autre élément qu'elles m'ont rapporté et qui pourrait ainsi mettre en échec la distance, c'est le fait de ne pas maîtriser leurs émotions, de les projeter sur le patient ou de s'effondrer avec lui. Elles insistent sur la nécessité de bien se connaître soi-même, connaître ses réactions, son mode de fonctionnement, et savoir analyser ses émotions pour ainsi mieux écouter et aider le patient.

D'autre part, lorsqu'il se produit un phénomène de transfert et de contre-transfert, c'est – à-dire que le patient nous touche particulièrement car il nous renvoie des choses, et que le soignant renvoie aussi des choses au patient, elles doivent s'en rendre compte vite afin d'analyser la raison, et de rectifier pour qu'il n'y ait pas de répercussion sur la distance adéquate et donc sur la prise en charge.

De plus, si elles ne sont plus garantes du cadre et qu'elles n'ont pas une attitude et une posture professionnelles, la distance relationnelle en sera mise à mal, donc elles doivent toujours garder en tête qu'elles sont là pour soigner des malades en souffrance psychique.

Pour finir, une des professionnelles interrogées a aussi souligné le fait qu'on doit garder cette distance dans n'importe quelle situation. Dans certains cas, comme lors d'épisodes de violence, d'agressivité, et de délire, il est plus difficile de la maintenir car ce n'est pas la priorité du moment, vu qu'il faut gérer la crise rapidement. Mais comme elle est indispensable à chaque instant de la prise en charge, il faut simplement s'adapter à la situation.

3^{ème} question : Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la distance professionnelle ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

Les trois ont répondu OUI sans aucune hésitation, et elles ont ensuite développé. Avec leur expérience, plus ou moins longue (3 à 30 ans), la mise en place de la bonne distance est devenue claire pour elles, et elles savent comment l'établir, grâce, selon leurs dires, à leurs « erreurs » de non distance professionnelle, ce qui a été dommageable et qui a conduit à des

échecs de prise en charge. Elles ont pu rectifier ceci petit à petit avec l'expérience qui leur a permis beaucoup de choses telles que :

- Ne plus se laisser envahir par leurs émotions car au fur et à mesure elles arrivent à les maîtriser pour être de meilleurs aidantes.
- En effet, en psychiatrie , elles analysent tout, et c'est un travail continu pour faire de meilleures prises en charge. L'analyse des comportements des patients mais aussi de leurs ressentis, comme lorsqu'elles préfèrent un patient, qu'elles s'y attachent, qu'il y a transfert et contre-transfert, ... Elles analysent toutes les situations, soit en supervision avec un psychologue extérieur au service, soit en équipe pour justement mettre des mots dessus et éviter cette proximité avec des patients. Elles s'aident aussi de l'expérience de leurs collègues. L'attachement aux patients devient ainsi beaucoup plus serein avec le temps.
- Au fur et à mesure, leur empathie est plus adaptée. Elles parlent d'un équilibre entre « ni trop ni pas assez », entre « compassion et trop de distance », pour éviter un épuisement affectif et émotionnel, qui peut nuire progressivement à la qualité de leurs prises en charge.
- Ceci n'est pas évident , voire même était difficile, se rappellent-elles, lorsqu'elles étaient stagiaires et âgées d'une vingtaine d'années. Elles parlent de la difficulté de se positionner en début de carrière ou en tant que stagiaires, d'être prises au sérieux et de ne pas être considérées comme des « gamines », car elles n'avaient pas d'expérience, ni de maturité professionnelle.
- En effet, pour acquérir la juste distance, elles sont toutes les trois convaincues que ceci dépend presque entièrement de leur positionnement professionnel, et que tout repose sur celui-ci. Avec le temps et l'expérience, la maturité et l'attitude professionnelle viennent grâce à leur statut, d'infirmières, de soignantes, et aux responsabilités du métier. Elles prennent conscience de leur rôle, et de leur place. Elles ont toujours en tête qu'elles sont là pour soigner des patients en souffrance psychique, ce qui leur permet ainsi de les recadrer, si besoin, sans difficulté.
- Pour finir, elles ont aussi remarqué toutes les trois, que la distance est toujours plus compliquée à conserver avec les patients chroniques : leur longue durée d'hospitalisation engendre une très bonne connaissance des patients, mais peut mettre à mal les limites entre la relation thérapeutique et la relation amicale, qui risque de s'installer avec le temps, même avec l'expérience.

D'autre part, elles ont toutes les trois un avis différent sur le fait que cette distance soit plus difficile ou plus facile à établir en psychiatrie que dans les autres spécialités. L'une trouve que

c'est plus facile en psy, la 2^{ème} pense qu'il n'y a pas de différence, et la 3^{ème} que c'est plus dur. Cela est donc propre à chaque soignante.

Après cette analyse des trois questions, j'ai réalisé une synthèse globale en deux étapes. J'ai ensuite comparé ces éléments avec les recherches documentaires. Je vais maintenant expliquer comment je m'y suis prise pour ces recherches.

2. La méthodologie des recherches bibliographiques

Pour faire mes recherches, j'ai fait les premières lectures sur des éléments de ma situation de départ (pour étoffer mon analyse) puis sur ma question de départ provisoire. J'ai ensuite approfondi ces lectures, et cherché des sources documentaires supplémentaires, en fonction des nouveaux éléments apportés par les entretiens des professionnelles de terrain, et de ma synthèse exploratoire (ci-dessous).

Mes références bibliographiques sont assez diversifiées. J'ai commencé par demander, à notre documentaliste, une liste d'articles de périodiques en rapport avec ma question de départ et avec les premiers thèmes ressortis de mes entretiens (du tableau annexe VI). J'ai aussi fait de nombreuses recherches à la bibliothèque universitaire, en consultant : des périodiques spécialisés sur le métier d'infirmière en psychiatrie (ex : Soins, Soins psychiatrie, Santé mentale, ...), et des ouvrages qui traitaient de la distance relationnelle (juste distance, relation soignant-soigné, empathie, émotions, psychiatrie, psychopathologies,...). J'ai aussi acheté des livres sur ces thèmes, et grâce à ces livres très enrichissants, j'ai lu leurs bibliographies et je m'en suis un peu inspirée pour mes futures recherches. J'ai aussi consulté des sites internet de sources sûres (Serpsy, dictionnaire de l'ANM*,...), quelques cours que nous avons eus par des intervenants extérieurs, ainsi que mes prises de notes des trois stages de psychiatrie que j'ai fait.

Enfin, pour trouver les auteurs de références concernant mon sujet de mémoire, j'ai listé tous les auteurs des documents que j'avais lus et j'ai fait des recherches sur eux (leur profession et le nombre de parutions sur le thème que j'aborde, en particulier la distance et la psychiatrie). J'ai ensuite sélectionné les auteurs me paraissant les plus expérimentés et reconnus.

Je peux en citer au moins six : Pascal PRAYEZ, Jacky MERKLING, Laurent MORASZ, Marie-Jeanne TROUCHAUD, Antoine BIOY, et Micheline WENNER. Ils sont : docteurs en psychologie et en sociologie, psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste, psychologue, hypnothérapeute, directeur d'IFCS* et d'IFSI*, enseignants et formateurs en IFSI et en relations humaines, maître de conférence en psychologie, expert à l'HAS, IDE ou ISP. (détails dans l'Annexe VII). Mes champs disciplinaires sont : la psychologie, la sociologie, et la philosophie.

Par contre, je suis consciente de n'avoir aucune source législative, ni de l'HAS, ceci parce que je n'en n'ai pas trouvé sur le sujet qui m'intéresse.

3. De la synthèse exploratoire à la question centrale définitive

Le traitement de ces différentes données (enquête et recherches) m'a permis d'établir une synthèse et d'arriver logiquement à ma question définitive. J'ai confronté et mis en lien les résultats de mon étape exploratoire, avec la question de départ provisoire, afin de définir l'objet de recherche final et la question centrale.

Grâce aux trois entretiens et à mes documents, j'ai pu modifier ma question de départ provisoire qui était : « **Dans quelle mesure, la spécificité du soin infirmier en psychiatrie, influence-t-elle l'établissement de la distance professionnelle ?** »

D'après mes recherches, la bonne distance est une attitude qui représente « *un juste milieu entre l'indifférence et la bienveillance intrusive* »⁴ ou la fusion. Pour l'établir, les infirmières m'ont dit qu'il faut tout d'abord poser un cadre de soin dès l'arrivée du patient. En effet j'ai trouvé qu'en psychiatrie, le cadre sécurise et permet de rappeler les limites de la relation soignant-soigné et le règlement. Les IDE m'ont aussi dit qu'il faut avoir une posture professionnelle, ce qui est repris par mes documents, en insistant sur le fait de ne pas être vulnérable, pour garder sa crédibilité de professionnelle et continuer à assurer sa fonction soignante. D'après elles, ceci est favorisé par le vouvoiement, qui est très conseillé avec les patients adultes, sauf pour certaines pathologies (comme l'autisme), moins avec les enfants, et certains adolescents. Dans mes recherches je constate également cela, mais il est ajouté que le vouvoiement participe au cadre ferme et qu'il favorise le positionnement du professionnel de santé, encore plus pour les jeunes soignantes.

Pour la distance physique, l'infirmière en pédopsychiatrie souligne une différence entre la relation adulte/adulte et la relation adulte/enfant, mais elle reste quand même sur la réserve quant à faire la bise ou pas. Les enfants ont besoin de plus de marques d'affection et de tendresse, donc, selon mes recherches, il arrive qu'elles les prennent dans les bras et acceptent les 'câlins', sans forcément porter préjudice au travail thérapeutique avec l'enfant. Par contre, « *La question d'embrasser ne se pose pas quand il s'agit d'adultes ou d'adolescents, car les rapports sont*

⁴ TERESTCHENKO Michel, philosophe .jeudi 14 janvier 2010. Adresse : <http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/01/la-question-de-la-bonne-distance.html>

facilement érotisés et pouvant être perçus comme ambigus »⁵. Quoi qu'il en soit, chaque patient est unique et la distance est à adapter avec chaque personne, quelque-soit son âge.

D'ailleurs, les infirmières m'ont mises en garde contre les patients qui ont le même âge que moi, car il y a un risque de création de relation amicale si le patient teste les limites du cadre, et qu'il essaye de sympathiser, en posant des questions personnelles sur ma vie privée. En effet, mes apports théoriques insistent sur le fait de se méfier d'une possible complicité naissante entre un patient et un soignant, et de savoir protéger sa vie personnelle, surtout lorsqu'on est jeune, pour structurer sa posture soignante.

Pour les IDE interrogées, il est nécessaire d'être consciente de sa position et de son statut, et de l'objectif de la prise en charge, pour recadrer le patient tout en restant dans l'empathie, en trouvant un équilibre entre froideur et compassion ; définition reprise et développée longuement dans mes documents.

Pourtant, elles avouent s'attacher parfois à certains patients qui les touchent particulièrement. Pour éviter cela, elles disent devoir s'analyser elles-mêmes, reconnaître et maîtriser leurs émotions pour rester aidantes, et pour pouvoir décortiquer le phénomène de transfert et contre-transfert, pour qu'il ne soit pas contreproductif. En effet, mes données montrent qu'il peut être dommageable s'il n'est pas analysé et surmonté, mais que ce phénomène est très fréquent dans les relations thérapeutiques. « *Le contre-transfert c'est l'émotion que le soignant éprouve en réponse aux sollicitations du transféré de l'aidé.* »⁶.

Les infirmières interviewées essayent de se protéger pour éviter l'épuisement professionnel ou 'burn out' (émotionnel et affectif) pour conserver la qualité des prises en charge. Elles conservent toutefois leurs émotions, car elles sont humaines, et qu'en psychiatrie les soignants travaillent « avec ce qu'ils sont », vu que la base du soin reste le soin relationnel. Toutes ses idées sont confirmées par mes recherches, qui développent sur la nécessité de ne pas se laisser envahir par nos émotions, mais qu'elles sont importantes à conserver pour ne pas déshumaniser le soin. Une des caractéristiques particulières du soin en psychiatrie c'est qu'il y a souvent ambiguïté entre objectivité et subjectivité dans les prises en charge, contrairement aux autres spécialités.

Justement, en psychiatrie, précisent les trois IDE, tout est analysé, et il est nécessaire d'échanger et de se concerter entre collègues, car le travail d'équipe est indispensable. Il permet de s'enrichir de l'expérience et des conseils de ses collègues. La supervision est une ressource supplémentaire pour parler des difficultés des soignants, en particulier sur la distance soignant-soigné. Mes apports théoriques confirment ceci, et soulignent l'importance de réfléchir en équipe,

⁵ ROSALA, Franck. Pédopsychiatrie, le bisou en questions, *Soins psychiatrie*. Septembre 2010 n° 270, p. 27-29

⁶ TROUCHAUD, Marie-Jeanne. *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes*. Paris : Edition Du cygne. 2009. 238 pages. (C-Psy).p.184

et de l'utilité de la supervision qui est une analyse de la pratique professionnelle nécessaire au « *soutien des soignants dans leur rôle thérapeutique* »⁷.

Les infirmières notent une certaine difficulté avec les patients chroniques, car il y a une bonne connaissance du patient depuis longtemps, c'est d'ailleurs pour cela qu'elles ne prennent jamais en charge des personnes qu'elles connaissent déjà. D'après mes données, il ne faut pas soigner une personne que l'on connaît en dehors, car les espaces privés et professionnels se superposent.

Selon les trois infirmières, tous les éléments issus des entretiens ont été tirés de leur expérience professionnelle et maturité professionnelle. En effet, elles se souviennent qu'en étant stagiaire ou jeune diplômée en début de carrière, la distance professionnelle était une notion floue pour elles aussi. Elle est devenue de plus en plus claire au fil du temps, grâce aux « erreurs » qu'elles ont commises, et bien sûr, grâce à leur positionnement professionnel qui s'est installé progressivement, dû à leur statut et aux responsabilités du métier.

D'autre part, d'après toutes mes recherches documentaires sur la bonne distance, il y a une information importante en plus, dont les infirmières ne m'ont pas parlé, c'est la notion des « temps informels » qui sont très fréquents en psychiatrie. Ceux-ci peuvent influencer la mise en place, ou non, de cette distance et de son maintien, car dans ces situations là, le risque de « mauvaise » distance est augmenté pour tous les soignants, surtout les moins expérimentés.

Pour finir, le cheminement entre : la question de départ provisoire, mes apports théoriques, et les apports pratiques des entretiens, m'amène à modifier ma question de départ provisoire pour aboutir à cette question centrale définitive :

« Dans quelle mesure, le positionnement professionnel d'une infirmière, influence-t-il la distance relationnelle avec un patient adulte en service de psychiatrie ? »

En effet, j'ai posé des questions lors de mes entretiens en fonction de ma question provisoire. Les trois entretiens ont mis en évidence l'importance du positionnement professionnel dans la mise en place de cette distance relationnelle. Ce concept est revenu de façon récurrente dans leurs réponses, il m'a donc semblé indispensable de l'intégrer dans la question centrale. Les infirmières ont aussi insisté sur le fait que, l'établissement de cette distance était propre à chaque professionnelle, et donc difficile à expliquer clairement, mais qu'elle est indispensable pour les prises en charge. D'autant plus qu'elle est aussi différente

⁷ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. (Tome 9) p. 261-262

entre deux adultes , ou entre un soignant adulte et un patient enfant. Grace à cette nouvelle donnée importante, je préfère cibler la population des adultes dans ma question finale, car c'est celle qui me met en difficulté dans ma propre pratique professionnelle, et que cela évite d'avoir une population cible beaucoup trop large.

J'ai choisi volontairement de conserver mon sujet sur le domaine de la psychiatrie, même si la distance soignant-soigné est aussi présente dans les autres spécialités (médecine, chirurgie, ...). En effet, les professionnelles interrogées ne sont pas en accord sur le fait que c'est plus difficile, ou pas, en psychiatrie, mais elles disent toutes les trois que les circonstances et les enjeux sont très différents dans cette spécialité là. Mes recherches documentaires m'ont aussi aidé à cibler la question finale, car elles correspondent en grande partie à ce que m'ont dit les infirmières, et les recherches m'ont aussi apporté des informations supplémentaires et plus claires sur certains concepts importants.

Il m'est apparu essentiel de traiter les concepts suivants :

- La psychiatrie pour situer le contexte qui est celui de ma situation de départ. Je vais chercher pourquoi en psychiatrie plus qu'en services somatiques. De plus, il s'agit de mon champ disciplinaire.
- La distance relationnelle : la relation soignant-soigné est au cœur du problème de recherche, et que je vais essayer de comprendre et d'expliquer ce que c'est exactement ce terme abstrait de « bonne distance » ou « juste distance ». C'est le thème principal de la problématique.
- La gestion des émotions dans la relation. Il apparait à première vue que cet élément est indispensable pour les infirmières afin d'établir cette juste distance. Comment font-elles ?
- Le positionnement professionnel infirmier. Ce concept a un rôle important dans la problématique posée, d'après mes trois entretiens. Il s'agit de chercher quelle est son influence dans la relation soignant-soigné.

3^{ème} PARTIE :

Du cadre conceptuel à l'Hypothèse

Dans quelle mesure, le positionnement professionnel d'une infirmière, influence-t-il la distance relationnelle avec un patient adulte en service de psychiatrie ?

Mon cadre conceptuel commencera par situer le contexte de mon sujet d'études, qui est la psychiatrie. Puis je tenterai de définir et d'expliquer ce qu'est la distance relationnelle et ses composantes. Je continuerai par présenter l'importance de certains facteurs qui participent à la gestion des émotions des infirmières, car c'est indispensable pour comprendre ce qui se passe dans la relation thérapeutique. Et enfin je ferai ressortir l'élément final, sans lequel, pour moi, la juste distance ne peut pas exister, le positionnement professionnel. Et j'aboutirai à une hypothèse de réponse à la question centrale.

I. Cadre contextuel : La psychiatrie

1.1. Historique de la formation infirmière en psychiatrie

La psychiatrie a beaucoup évolué au fil des années, aussi bien par le nom des structures (asile, puis hôpital psychiatrique en 1937, puis établissement public de santé) que par l'évolution de la formation infirmière.

En effet, la formation des infirmiers en psychiatrie a connu de profonds bouleversements de sa création en 1878 (les infirmiers de l'asile étaient appelés à l'époque : gardiens de fous) jusqu'à aujourd'hui. En 1922, ce fut la création du premier Diplôme d'Etat Infirmier français pour les soins généraux (somatiques) et en 1955 ce fut la naissance du premier Diplôme National d'Infirmier des Hôpitaux Psychiatriques. En 1969 le diplôme devient le diplôme national des Infirmiers de Secteur Psychiatrique (ISP). Puis, l'arrêté du 23 mars 1992 modifie le programme d'études et conduit au Diplôme d'Etat Infirmier (DEI) unique et polyvalent, en mettant fin au diplôme des ISP et en créant les IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). L'arrêté du 31 juillet 2009, concernant le Diplôme d'Etat Infirmier, relate la dernière réforme de la formation infirmière, c'est-à-dire : la création d'un enseignement supérieur conforme au système universitaire européen L.M.D. (Licence Master Doctorat).

La naissance de cette formation polyvalente (1992 et 2009) pose « *la question des transmissions des savoirs infirmiers particulièrement des savoirs-être et des savoir-faire pratiques en psychiatrie.* »⁸. En effet, cette formation polyvalente a entraîné une diminution importante des apports (théoriques et pratiques) spécifiques à la psychiatrie, une discipline qui

⁸ TCHUKRIEL S. infirmière au Vinatier. thèse : *Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie.* cours du 11/10/12

peut être qualifiée de spécificité à part entière, car elle demande d'autres « *compétences prévalentes à développer: d'ordre relationnel et personnel* »⁹.

Au sens littéral, la psychiatrie est « *une partie de la médecine qui traite des maladies et des troubles mentaux* »¹⁰ mais la définition de la psychiatrie n'est pas si simple que cela. Patrick TOUZET écrit que c'est « (un) *Art, (une) science, (un) savoir-faire, (une) mise en œuvre ambiguë de l'objectivité et de la subjectivité, son objet n'est ni une cellule ni un organe mais les dysfonctionnements de l'esprit humain, l'homme aux prises avec l'existence, ses expériences et ses comportements. Ceci met l'accent sur l'aspect complexe de cette discipline.* »¹¹, cette définition montre la particularité de ce domaine, en 'opposition' aux autres services comme : médecine, chirurgie, urgences, réanimation, obstétrique, ... où il y a beaucoup d'actes techniques et de soins prescrits.

1.2. Deux particularités : les soins relationnels et les temps informels

« *Le soin en psychiatrie a cette caractéristique particulière : l'infirmier (avec son appareil psychique) représente un véritable « outil de soin »* »¹². L'outil représente l'infirmier et le soin représente la relation. Le soin relationnel est bien la base du soin auprès des personnes atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Les infirmiers prennent en charge la souffrance psychique, et, le lien créé entre le soignant et le patient permet des échanges thérapeutiques vrais, imprégnés d'authenticité, qui révèlent l'engagement subjectif du soignant. Il s'agit d'une sorte d'implication personnelle, de la part des infirmières, à cause de la proximité avec l'intimité psychique de ces sujets souffrants. Cela entraîne une difficulté en psychiatrie : trouver « la bonne » distance relationnelle.

D'ailleurs, en service de psychiatrie on n'entend jamais, ou rarement, parler de '**soigner**' ou '**guérir**' les patients, mais on emploie plutôt « *Accompagner, dans le sens de vivre avec* »¹³ leurs pathologies. Ceci est rendu possible grâce aux capacités et aux attitudes des soignants, même si celles-ci ne sont pas reproductibles d'une fois à l'autre et d'une personne à l'autre. En effet, à la différence de la médecine et de la chirurgie par exemple, les prises en charge ne sont pas protocolisées ni standardisées en suivant une ligne directrice type. Très peu d'éléments sont

⁹ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.294

¹⁰ MANUILA, Alexandre ; Ludmilla, et al. *Dictionnaire médical Manuila*. 10^{ème} édition. Paris : MASSON, 2004 p.413

¹¹ TOUZET, Patrick. Soins en psychiatrie et connaissances, de l'utilité de l'inutile. *Soins psychiatrie*. avril 2012 N° 279. p 30

¹² MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI (Tome 9) p.242

¹³ VOLTAT, Gérard. *Profession : infirmier des hôpitaux psychiatriques*. Paris : L'Harmattan. 2004. Psychanalyse et civilisation. p.69

transposables d'un patient à l'autre, on peut parler d'une grande individualisation de chaque prise en charge, vu que l'on prend soin de l'humain et de ses pensées, non d'une pathologie.

Dans le rôle propre d'une infirmière en psychiatrie, l'entretien constitue une grande partie du travail. Le plus souvent, il s'agit de temps ou d'entretiens informels, qui font partie de la prise en charge, et qui sont au cœur même du soin en psychiatrie (au même titre que les entretiens formels). Ils font partie du quotidien de l'infirmier en psychiatrie. Les entretiens informels sont considérés comme des actes de soins « *c'est la partie invisible de l'activité infirmière [...] ce sont des soins non programmés et non prouvés* »¹⁴. D'après un article de Antoine BIOY, ces temps d'échanges informels permettent la naissance d'un climat de confiance, mais ils nécessitent aussi une attitude soignante plus « ouverte et positive » qui favorise une sorte de « lâcher-prise » et donc une prise de risque. Ceci implique d'adopter une posture professionnelle pour faire respecter le cadre, et « *dans ce contexte, trouver la juste distance ne s'improvise pas* »¹⁵.

Ce qui caractérise les prises en charge en psychiatrie ce sont l'apaisement des troubles de la pensée et des comportements, l'importance de la relation de soins, une certaine subjectivité, des temps informels, l'analyse/le questionnement, et aussi le cadre thérapeutique, cet élément contenant qui est différent selon le contexte mais qui repose sur une base commune. « *Ces caractéristiques fondent une dimension énigmatique à la pratique en psychiatrie* »¹⁶.

1.3. Le Cadre de soins

La mise en place d'un cadre de soins est une particularité de la prise en charge en psychiatrie. Ce cadre permet de donner des points de repères et des limites aux patients dans un but thérapeutique, et d'instaurer plus facilement une distance professionnelle entre soignant et soigné. Ses fonctions sont de : rassurer, structurer, et sécuriser le patient et la relation thérapeutique.

Jacky MERKLING le définit ainsi : « *le cadre institutionnel, avec ses règles, ses règlements et ses lois, vient soutenir et sécuriser la relation de l'infirmier avec les patients. [...] C'est en s'appuyant sur ce cadre que le soignant juggle les excès et débordements comportementaux des patients. [...] Certains patients viennent tester les limites du 'cadre'. [...] L'infirmier est face à une difficulté : il doit accepter d'être « le mauvais infirmier »*

¹⁴ TCHUKRIEL S. infirmière au Vinatier. thèse : *Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. cours du 11/10/12

¹⁵ BIOY Antoine ; BOURGEOI S Françoise. L'écoute informelle, facteur de resocialisation. L'entretien informel. Accueillir l'informe. *Santé Mentale*. mars 2009. n°136, p.55

¹⁶ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p. 292

qui rappelle à l'ordre. »¹⁷. En effet, l'infirmière est parfois obligée : de rappeler au patient sa fonction de soignante et le cadre dans lequel ils se rencontrent, afin de re-poser des limites claires en s'appuyant sur le règlement du service.

Le lieu de soins (le service ou l'hôpital), le règlement du service, la blouse des soignants, le vouvoiement réciproque, et l'attitude professionnelle des infirmières, participent au cadre institutionnel. Ces éléments ne sont pas toujours tous présents en même temps, mais la posture professionnelle est l'élément indispensable pour le maintien du cadre. En effet, « *dans certains services de psychiatrie, le port de la blouse n'est pas obligatoire, elle est remplacée par la tenue civile. La distance thérapeutique est pourtant présente. La blouse fonctionne simplement comme un rappel que le soignant appartient à une institution.* »¹⁸. Le port de la blouse n'évite pas cependant les possibles dérives relationnelles.

Quant au vouvoiement, il permet de respecter le patient et d'éviter les risques de confusion dans la relation soignant-soigné. Il participe donc à la mise à distance nécessaire entre professionnel de santé et personne hospitalisée, et favorise aussi le positionnement du professionnel ou du stagiaire. Par ailleurs, il arrive parfois (rarement) que quelques infirmières expérimentées tutoient des patients dans certains cas, parce qu'elles ont une assise professionnelle qui leur permet de conserver une distance relationnelle adéquate.

II. Cadre théorique

1. La distance relationnelle

1.1. La Relation soignant-soigné : relation thérapeutique et rencontre interpersonnelle

Il est nécessaire de rappeler que la relation de soins est la base fondamentale des soins dispensés en psychiatrie.

La particularité de la relation soignant-soigné est qu'elle est 'thérapeutique', c'est-à-dire « *qui est susceptible de guérir une maladie* »¹⁹, c'est pour cela que l'on parle de 'soin relationnel'. En psychiatrie, les patients souffrent de troubles des relations interpersonnelles dus à leurs pathologies psychiques et comportementales. Ainsi, l'importance du 'thérapeutique' dans la

¹⁷ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. p. 246

¹⁸ NARDIN, Roland. Trouver la juste distance thérapeutique. *Aide soignante*. Février 2012. n°134. p.10

¹⁹ MANUILA, Alexandre ; Ludmilla, et al. *Dictionnaire médical Manuila*. 10eme édition. Paris : MASSON, 2004. p.511

relation de soin est primordiale, et la relation n'a pas d'intérêt sans cette fonction. Le psychiatre et psychanalyste Laurent MORASZ dit que c'est « *une relation « travaillée » qui requiert : formation, réflexion, temporalité et collaboration. C'est à cette condition qu'elle acquiert sa valeur thérapeutique.* »²⁰. En effet, le savoir-être et les compétences (savoir-faire) d'une infirmière vont infiltrer toutes ses actions et engendrer un effet thérapeutique à la relation. Celui-ci est possible grâce à l'analyse de la relation soignant-soigné et à son évolution dans la durée (patient en crise ou chronique). La relation d'aide nécessite de la part de l'infirmière qu'elle repère les besoins de l'aidé, et qu'elle ait une attitude empathique et de compréhension. Cela favorise la relation de confiance et l'alliance thérapeutique avec le patient, c'est une sorte de collaboration.

Cependant, la relation est avant tout une rencontre humaine entre deux êtres différents. Le patient est une personne à considérer dans sa singularité propre, son histoire personnelle, et ses particularités individuelles qui expliquent sa présence dans le service. Par leur présence relationnelle, leur écoute active, leur réceptivité, et leur professionnalisme, les infirmières doivent montrer au patient qu'il est unique et qu'il est une personne de valeur et digne d'intérêt. En tant qu'infirmières en psychiatrie, « *nous sommes convoqué(e)s non seulement comme professionnel(les) mais aussi en tant que sujet* »²¹ d'où la difficulté parfois rencontrée pour des soignantes de rester objectives dans la relation.

En effet, une relation soignant-soigné est d'abord intersubjective et, selon Hervé MENAUT (cadre ISP en IFSI), elle est composée de « *deux personnes avec leur histoire, leurs limites, leurs vécus passé et présent... qui se rencontrent dans un contexte particulier. C'est une relation de soutien psychologique (qui vise à apporter une aide à une personne soignée en lui permettant d'exprimer ses difficultés présentes ou ses craintes) et la relation d'aide thérapeutique (qui vise à réduire de manière durable la souffrance psychique de la personne hospitalisée).* »²².

Par conséquent, Pascal PRAYEZ parle de « *relation d'aide professionnelle* »²³ pour aider les infirmières à trouver la bonne distance, il écrit ceci : « *La juste distance ne coupe pas d'autrui,*

²⁰ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p. 98

²¹ TOUZET, Patrick. Soins en psychiatrie et connaissances, de l'utilité de l'inutile. *Soins psychiatrie*. mars/avril 2012 N° 279. p 30

²² MENAUT, Hervé. Les soins relationnels existent-ils ?

http://www.serpsy.org/formation_debat/soin_relationnel.html

²³ PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. p.60

elle construit au contraire un lien de qualité, point essentiel de la relation d'aide. »²⁴, mais qu'est-ce que la 'juste distance' ?

1.2. La « juste distance »

L'expression de 'bonne' ou 'juste' distance est un concept abstrait et non mesurable, c'est pour ceci qu'il est difficile à définir. Il a pourtant une importance capitale dans la prise en charge des patients hospitalisés, et encore plus en psychiatrie, vu que la relation est la base de tous les soins.

Laurent MORASZ tente une définition pour essayer d'éclaircir cette expression : « *La bonne distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif « théorique » à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos « réactions » humaines tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes « réactions » nous en rapprochent trop au risque de la confusion* »²⁵.

En effet, la bonne distance est une sorte d'attitude qu'il convient d'adopter auprès du patient pour éviter les deux excès suivants: froideur, indifférence, rejet, **et** : amitié, intrusion, fusion. Il faut trouver un juste milieu pour ne pas déshumaniser le soin et ne pas réduire le patient à un dossier. Il ne faut pas non plus engager sa propre personnalité et perdre sa crédibilité de professionnel. La relation thérapeutique est différente de la relation sociale ordinaire entre deux individus, il ne faut pas confondre, et ne pas devenir ami avec le patient, sinon le soignant n'est plus aidant « *être aidant pour un patient c'est être ni pesant, ni absent, ni exclusif* »²⁶.

Pascal PRAYEZ donne plusieurs définitions de 'la juste distance' dans deux ouvrages :

- « *C'est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places.* »²⁷
- « *C'est une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre.* »²⁸

²⁴ PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. p.60

²⁵ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.187

²⁶ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p. 107.

²⁷ PRAYEZ, Pascal (coordonné par LORAUX Nicole). *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. France : Lamarre, 2005. p.213. **ET** PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. p.75

²⁸ PRAYEZ, Pascal (coordonné par LORAUX Nicole). *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. France : Lamarre, 2005. p.220

- « Donner un peu mais pas trop, être ni trop loin ni trop près ... Ces formulations restent quantitatives. Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre. »²⁹

On constate que lui aussi parle d'une attitude particulière, de respect et d'écoute auprès du patient, mais il rajoute la notion de 'places'. Ces places représentent les rôles de chacun dans la relation, qui sont différents voire inégaux, car le statut du soignant lui donne une certaine supériorité. Cette sorte de 'supériorité' fait partie du cadre de soins, car c'est avec cette posture professionnelle que la relation reste éthique, et que le lien thérapeutique se créera, sans que l'infirmière n'ait besoin de parler de sa vie privée pour établir une relation de confiance avec le patient. L'infirmière doit donc avoir une attitude souple et authentique, tout en fixant des limites, pour protéger sa vie privée et conserver sa crédibilité de professionnelle.

Pascal PRAYEZ écrit plus haut que « *l'affect n'est pas absent mais reste contenu* » toutefois, il ressort généralement des services, que les émotions et les affects des soignants sont des thèmes qui restent 'tabou' dans l'exercice de cette profession. Mais si les affects sont 'contenus' c'est bien qu'ils existent, alors comment font les infirmières pour les contenir ? Y a-t-il aussi une 'juste distance' concernant les émotions et les ressentis éprouvés par les infirmières ?

2. La Gestion des émotions

Pour être aidante, une infirmière doit 'être professionnelle', mais cela signifie-t-il 'être sans émotion' ? « *On a souvent coincé les professionnels de la relation d'aide dans une sorte d'interdiction morale de manifester leurs émotions, voire de les ressentir !* »³⁰, c'est pour cela que je parlais ci-dessus de 'tabou'. On dirait qu'elles sont considérées comme nuisibles et comme un obstacle à la relation d'aide. Il semble, selon M-J. TROUCHAUD, qu'« *On ne peut pas être à la fois professionnel ET impliqué affectivement dans une relation* »³¹ thérapeutique.

Mais que serait un soin et une relation sans émotion ni affect ? Ne serait-ce pas un soin déshumanisé ? Et le soignant une sorte de robot ? Comment ferions-nous pour comprendre les malades ? Comment pourrions nous inciter un patient à exprimer et extérioriser ses émotions si

²⁹ PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. p.75

³⁰ TROUCHAUD, Marie-Jeanne. *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes*. Paris : Edition Du cygne. 2009, p.185

³¹ Ibid, p.170.

nous-mêmes nous refoulons les nôtres ? Ne devrions-nous pas plutôt leur montrer un modèle judicieux de gestion des émotions ? en leur montrant qu'il est normal d'en ressentir ?

Il faut tout d'abord définir les termes « émotion » et « affects ». Selon le dictionnaire de l'Académie National de Médecine³², **une émotion** est un : « *Mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu.* »

et **un affect** est un : « *ensemble des manifestations affectives caractérisées par leur nature agréable ou désagréable, qu'elles soient vagues, définies ou, comme les émotions, intenses.* »

Si on admet que les infirmières ont le droit de ressentir des émotions vis-à-vis des patients, dans le but de mieux les comprendre et de comprendre leur souffrance, comment justement ne pas trop s'impliquer émotionnellement ? Comment éviter le « burn out » (ou 'épuisement émotionnel' qui est une caractéristique des professions de relations humaines) ? Comment ne pas franchir cette distance affective qui différencie une relation amicale d'une relation soignant-soigné ? Comment ne pas trop s'attacher aux patients que nous prenons en charge ? Existe-t-il une bonne distance émotionnelle ?

2.1. L'empathie

L'empathie semble être un bon compromis entre un professionnalisme et une prise en charge humaine de qualité. C'est un juste milieu entre fusion ou mélange des sentiments (avec ceux du soigné) et froideur ou indifférence affective de l'infirmière. Elle permet de savoir juguler l'attachement réciproque des deux cotés pour qu'il n'y ait pas de confusion ni d'attachement non professionnel.

D'après B. AMAR et J-P. GUEGUEN l'empathie signifie ceci : « *C'est un concept ambigu [qui] se définit comme une attitude au cours de laquelle la personne qui mène l'entretien s'efforce de comprendre l'autre en adoptant son point de vue, ses opinions. Elle accepte les valeurs de l'autre et adopte une attitude de non-jugement.[...] Elle valorise la personne puisque l'on manifeste à son égard, respect et considération.* »³³ Dans d'autres termes : « *Il s'agit d'avoir envie et d'être capable [...] de comprendre ce que l'autre vit. C'est une position psychique de réceptivité et d'ouverture relationnelle qui va nous permettre d'accueillir l'autre.* »³⁴.

³² Consultation en ligne du dictionnaire de l'ANM : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

³³ FRIARD, Dominique ; Entrée en empathie. titre du dossier : l'empathie dans les soins. *Santé Mentale*. Mai 2011. n°158, p.26

³⁴ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.179

Cette attitude permet d'avoir une bienveillance professionnelle, en gardant objectivité et sang-froid, tout en préservant le côté humain. Cela nous empêche d'être trop proche du soigné grâce à la maîtrise de la situation par le soignant. Cette attitude implique aussi de ne pas trop s'identifier au malade et ne pas se laisser envahir, malgré la résonance de vécu émotionnel que peut parfois éprouver le soignant.

De plus, il faut faire attention à ne pas confondre 'empathie' avec 'sympathie' et 'compassion', qui eux sont des échecs de mise à distance. En effet, ces deux termes ne permettent pas de juger la situation avec objectivité, et l'infirmière perd son rôle de soignante. « *La sympathie est un sentiment d'attraction que l'on peut éprouver à l'égard de quelqu'un* ». Ce terme est différent de l'empathie qui est : « *s'en approcher relationnellement, s'y intéresser, et chercher à le comprendre. Bien entendu, au cours de ce rapprochement, nous pouvons être amenés à ressentir des sentiments à l'égard de notre patient (phénomène de contre-transfert). Mais ces sentiments ne sont que la conséquence du rapprochement empathique.* »³⁵.

Quels sont ces sentiments particuliers à l'égard des patients qui sont appelés : « phénomène de contre-transfert » ? Pourquoi naissent-ils ? Et sont-ils courants ?

2.2. Les transferts

Selon Madame TROUCHAUD, le phénomène de transfert et de contre-transfert est présent dans toutes les relations thérapeutiques. C'est un phénomène émotionnel inconscient et courant, qui concerne autant le patient que le soignant. Elle le définit ainsi : « *Pour faire simple, le contre transfert c'est l'émotion que le thérapeute éprouve, en réponse aux sollicitations du transfert de l'aidé.* »³⁶. Elle parle ici de thérapeute, mais on peut élargir au sens de : professionnels ayant un rôle thérapeutique. Le contre-transfert est donc la réaction de l'IDE qui est provoquée par le transfert du patient. Le transfert correspond aux charges émotionnelles du soigné qui sont projetées sur le soignant, et qui traduisent son conflit psychique. Si ces émotions réciproques ne sont pas détectées ni analysées par l'infirmière, la relation peut être perturbée et la distance mise à mal.

En effet, d'après Jacky MERKLING, « *en ayant une attitude située dans une juste distance (c'est-à-dire : en conscience de ce qui se joue, et en se positionnant dans une réaction de non réaction immédiate à ce qui est projeté sur lui), le soignant peut aider le patient à*

³⁵ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.1 79

³⁶ TROUCHAUD, Marie-Jeanne. *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes*. Paris : Edition Du cygne. 2009. p.184-185

dépasser ses conflits psychiques. »³⁷. En fait, à travers son transfert, le patient dévoile sa problématique et ses troubles relationnels. Par conséquent, l'infirmière va réajuster son attitude thérapeutique et professionnelle pour mieux accompagner la personne soignée.

Par contre, ce qui est difficile pour elle, c'est d'analyser son propre contre-transfert. C'est pourtant un élément indispensable afin qu'elle distingue : ce qui est une réaction au transfert du patient, de ce qui est une réaction propre à ses vécus personnels et affectifs (résonance). Selon Laurent MORASZ : « *L'analyse des vécus contre-transférentiels est indispensable au travail de distanciation permettant le maintien d'une distance soignante satisfaisante.[...] Ces ressentis sont inévitables. Ils sont même à souhaiter. En effet, l'existence de sentiments contre-transférentiels témoigne de l'engagement dans le soin d'un patient qui transfère, et d'un soignant qui réagit.* » c'est donc un phénomène logique et normal qui se produit, et peut même témoigner de la qualité du soin relationnel et de l'engagement réciproque dans la prise en charge.

Ce même psychiatre précise qu'il « *existe deux types de vécus transférentiels, les positifs et les négatifs. Certains vécus se situent dans un registre de rapprochement avec le patient, tandis que d'autres poussent plutôt à l'écart.* »³⁸ d'où l'intérêt, pour les infirmières, de toujours avoir en tête la notion théorique de « bonne distance ». Les deux extrêmes cités ne sont bénéfiques ni l'un ni l'autre, s'ils ne sont pas analysés, puis surmontés par la soignante.

Dans le cas du « rapprochement avec le patient », ce type de vécu mérite d'être soigneusement mis en lumière, car la relation soignant-soigné peut éventuellement passer d'un attachement serein, qu'on peut qualifier ici de 'thérapeutique', à un attachement inapproprié dans le contexte de soins.

2.3. L'attachement et l'érotisation dans la relation

Cet engagement réciproque dans la prise en charge, et les émotions générées par ce phénomène transféro-contre-transférentiel, engendrent une sorte d'attachement des deux cotés, car nous sommes des humains doués d'affects. Ce lien d'attachement est du à la relation d'aide, car l'infirmière apporte, du mieux qu'elle peut : calme, sérénité et sécurité au patient, pour réduire son angoisse et sa souffrance. C'est le rôle propre de l'infirmière et un objectif thérapeutique essentiel en service de psychiatrie.

³⁷ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, sous-titre : La fonction transférentielle. France : Masson, Les Essentiels en IFSI. (p. 240-265)

³⁸ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie.* 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.90 et 107

Par contre, le soignant doit veiller à ce que cet attachement ne vienne pas étouffer la relation soignant-soigné et ne soit pas excessif, ni d'ordre amical. En effet, dans un dossier spécial sur l'attachement (du périodique Santé Mentale), on constate que : « *La relation soignant-soigné implique une proximité que l'attachement permet de penser, à condition de ne pas oublier la nature double de l'attachement. Ce sont aussi des liens qui peuvent enserrer, d'où la nécessité de mettre en travail les éléments contre-transférentiels du soin.* »³⁹.

D'autre part, selon Pascal PRAYEZ, l'attachement peut faire peur pour plusieurs raisons : « *certains acteurs du soin ressentent comme un risque d'adopter une attitude attentive et douce envers l'autre, de peur d'être débordés eux-mêmes par leurs éventuels manques à ce niveau, leur défaut de sécurité de base, leur propre besoin de consolation.*

C'est ce qui fait que la tendresse fait peur, parfois plus que le sexe, à tel point qu'il arrive qu'on préfère érotiser la relation, au niveau du discours par exemple, pour éviter de rencontrer cette qualité d'échange, et ce, du côté du patient comme du soignant.

Et puis, il y a l'établissement d'un lien, d'un attachement qui se tisse inévitablement et renvoie au détachement. S'il s'agit d'une relation ponctuelle lors d'un traitement court comportant une part technique importante, le geste rassurant n'aura pas trop de « poids » émotionnel. Mais lors des suivis au long court, dans les situations de grande souffrance [...], il va de soi que les enjeux sont tout autres. »⁴⁰.

Tout d'abord, l'attachement fait peur car les infirmières craignent de ne pas maîtriser leur 'degré' d'attachement envers les patients, au regard de leur histoire personnelle. Dans ces cas là, si elles n'arrivent pas à gérer cet attachement, elles peuvent mettre en danger la « juste distance » et mettre en péril leur objectivité et leur attitude de professionnelles de santé.

Quant à l'érotisation dans la relation, Pascal PRAYEZ précise sa pensée en admettant « *Qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, il ne suffit pas d'affirmer que la sexualité n'a rien à voir avec le soin pour en annuler les effets. Toute rencontre est sexuée, et la blouse blanche n'évacue pas pour autant tous les enjeux liés à la sexualité.* » (p.15). Bien que nous ayons une identité professionnelle et un statut d'infirmier, nous sommes aussi des femmes et des hommes, c'est notre identité première que nous ne pouvons nier.

Toute relation, telle quelle soit, avec nos pairs (des personnes de notre génération), est toujours sexuée, c'est la nature humaine. Cependant, pour éviter la séduction lors d'une prise en charge (c'est hors du cadre de soins et non éthique), les professionnels évitent la proximité physique avec les patients quand elle n'est pas nécessaire. Par exemple, pour accueillir un patient, les soignants serrent généralement la main si le patient le souhaite, mais ils ne font jamais la bise.

³⁹ FRIARD, Dominique. L'attachement. *Santé Mentale*. mai 2010. n°148, p.66

⁴⁰ PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009, p.14-15

Selon Franck ROSALA « *La question d’embrasser ne se pose pas lorsqu’il s’agit d’adultes (ou d’adolescents) atteints de troubles psychiques. Les rapports entre les personnes étant assez facilement érotisés et pouvant être ainsi perçus comme ambigus, il semble nécessaire d’exclure le baiser de toute relation thérapeutique.* »⁴¹.

Il compare cette distance physique avec celle des patients enfants. En effet, (comme le disait l’infirmière de pédopsychiatrie interrogée lors de l’étape exploratoire) les enfants ont besoin de plus de tendresse et de protection que les adultes. C’est pour cela que les ‘câlins’ ne sont pas proscrits en pédopsychiatrie, alors qu’il s’agit d’une grande proximité corporelle, mais ils ne sont pas nuisibles à la prise en charge.

Quant aux patients âgés hospitalisés, ils sont souvent en situation de dépendance physique, ainsi que souffrant de démence lorsqu’ils sont en service de gériopsychiatrie. Ils ont besoin d’une aide pour leurs soins d’hygiène et de confort, ce qui implique une grande proximité corporelle lors de la toilette. Mais étant donné la différence d’âge avec la plupart des soignants, l’érotisation est moins présente qu’entre adultes de la même génération.

Par contre, lorsque ce sont des patients chroniques, peu importe leur âge, l’attachement est toujours plus présent. Dans les ouvrages et en services, les infirmiers en psychiatrie rappellent qu’il y a toujours une difficulté particulière à ne pas trop s’attacher émotionnellement à ces patients-là, ce qui entraîne un risque de « mauvaise distance ». Ceci est lié à leur longue durée d’hospitalisation et donc à un plus long investissement des soignants dans leur prise en charge.

Afin de prévenir cet attachement, qui n’est pas professionnel s’il n’est pas analysé et canalisé, les infirmières travaillant en psychiatrie, ne devraient-elles pas se connaître elles-mêmes pour pouvoir prendre soin d’autrui ? C’est-à-dire s’analyser et analyser leurs réactions, afin d’améliorer leurs pratiques professionnelles.

2.4. L’analyse de l’infirmière (introspection) et de sa pratique professionnelle

L’infirmière en psychiatrie doit savoir gérer ses émotions, son attachement, ses contre-transferts, ... Elle doit donc faire un travail sur elle-même, en analysant ce qu’elle ressent, ses difficultés, et ses réactions, pour trouver sa propre ‘bonne distance’ dans la relation soignant-soigné en fonction de ce qu’elle est.

Laurent MORASZ développe cette idée en écrivant ceci: « *Comprendre ses réactions, c’est ainsi se donner les moyens de les maîtriser, et de les utiliser pour comprendre ce qui se*

⁴¹ ROSALA, Franck. Pédopsychiatrie, le bisou en questions, *Soins psychiatrie*. Septembre/octobre 2010 n° 270, p.28

passé pour le malade et entre le malade et nous. [...] Cette dimension (analytique) inhérente à tout exercice professionnel est exacerbée par la rencontre avec la maladie mentale. »⁴². Il parle même de l'« analyse introspective » de l'infirmière, qui est nécessaire pour analyser ce qui se passe en elle, et du coup, entre le patient et elle. On comprend grâce à la célèbre phrase de Socrate : « Connais-toi toi-même », que le professionnel doit commencer, en premier, par se connaître lui-même. Cela afin de prétendre améliorer le sort des patients en s'occupant de leurs troubles psychologiques. Ces problèmes psychologiques ou psychiatriques peuvent parfois toucher intimement les infirmières, il leur faut donc analyser la cause pour surmonter cela et ne pas être trop touchées émotionnellement.

Selon MERKLING, les infirmières sont plus touchées par la problématique de certains patients, qui réveillent certains éléments douloureux de leur propre histoire émotionnelle. C'est ce qu'il nomme des « résonances ». Il explique ceci : « *Le fait d'accueillir dans sa psyché une partie de la souffrance du patient n'est cependant pas sans conséquence pour le soignant. En effet, des zones de souffrance personnelle (pertes significatives, deuils douloureux non faits, blessures anciennes, etc) risquent d'être réactivées « au passage », par un phénomène de résonance.* »⁴³. Ce phénomène n'est pas rare. C'est lorsque quelque-chose qui est dit ou vécu par le patient nous fait écho et nous provoque une vive émotion immédiate, souvent inconsciente au premier abord, mais qui est différente du contre-transfert (ce sont les résonances qui peuvent déclencher progressivement le contre-transfert si elles ne sont pas analysées).

D'autre part, pour justement aider les infirmières à analyser tous ces phénomènes, qui peuvent être néfastes à la distance relationnelle avec les patients, elles s'appuient sur leurs collègues et sur l'analyse de leur pratique professionnelle en groupe.

Elles se concertent en équipe afin de mieux cerner les choses importantes qui leur posent des difficultés relationnelles avec les patients, et pour les analyser en commun. Un professionnel de santé, qui n'est pas du service, intervient généralement pour les aider dans leur analyse de pratique professionnelle. Il ne les connaît pas, ne les juge pas, et leur permet d'échanger ensemble, pour faire le point sur les difficultés des prises en charge. C'est un précieux espace de parole et de réflexion, spécifique à la psychiatrie, qu'on appelle « la supervision ».

« L'analyse de pratique [ou supervision ...], effectuée par un professeur de la relation, extérieur à l'équipe de soin (psychologue, psychothérapeute, ...) vient rencontrer celle-ci à intervalles réguliers. La supervision comprend le suivi, le développement et le soutien des soignants dans le

⁴² MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. p. 107 et 294

⁴³ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. p.257

rôle thérapeutique, pour ainsi améliorer leur efficacité. La participation à un groupe de supervision permet au soignant de réfléchir à sa pratique dans un cadre valorisant et de développer une posture professionnelle juste. Il peut y être fait un travail sur les résistances personnelles, et sur les résonances. [...] La supervision sert surtout à travailler sur son positionnement professionnel et à trouver des réponses par rapport à ce qui se passe avec un patient. »⁴⁴

Jacky MERKLING ajoute ici deux nouveaux éléments : « développer une posture professionnelle juste » et « travailler sur son positionnement professionnel ». Mais comment les infirmières acquièrent-elles ce positionnement et cette posture dits ‘professionnels’ ? Cette attitude qui paraît assez floue voire abstraite pour les stagiaires et les infirmières en début de carrière. Est-ce une raison à leur difficulté, plus que les professionnels expérimentés, à établir cette distance ? Et si oui, quel est le lien ou le rapport entre « bonne distance » et « positionnement professionnel » ?

3. Le Positionnement professionnel

3.1. La Construction d’une identité professionnelle et l’adoption d’une posture professionnelle

Les étudiantes infirmières ont un statut de stagiaire pendant toute la durée de leur formation. Ce statut est différent de celui de professionnel, ce qui leur pose parfois des difficultés à se positionner en tant que tel. Pourtant, les études les préparent à devenir des professionnelles de santé, et à se comporter de cette façon. Par conséquent, elles ont deux rôles à la fois : un d’apprentissage, et un de future professionnelle. Les études apportent des connaissances et des compétences théoriques et pratiques, ainsi que : des valeurs communes au métier, la façon de se comporter, d’être, d’agir, de penser, de travailler, ... C’est ce qu’on appelle une ‘identité professionnelle’.

Le problème est que, selon J. MERKLING, dans son ouvrage *Le métier d’infirmier en santé mentale* : « La formation de base est peu adaptée à la psychiatrie. [...] Le manque d’enseignement technique – formation à l’entretien d’aide, aux entretiens familiaux, à l’animation de groupe, aux techniques d’apprentissage comportemental, etc. – laisse l’étudiant dans un état d’hypertrophie théorique et de quasi-incompétence technique à son arrivée dans un

⁴⁴ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. p.261-262

service de psychiatrie. »⁴⁵. Ce phénomène n'aide pas les jeunes diplômées (ni les stagiaires) à se positionner avec les patients.

Comme disait une jeune infirmière de psychiatrie dans l'enquête exploratoire : « on devient infirmière du jour au lendemain » donc le statut et les responsabilités changent d'un seul coup. Le manque de pratique et d'expérience professionnelle fait que, parfois, elles ne savent pas comment réagir et se comporter avec certains patients. Pourtant, pour fixer des limites et faire respecter le cadre de soins, les novices doivent rapidement adopter une attitude professionnelle, pour avoir la distance relationnelle adéquate, et garder leur crédibilité. Elles doivent se servir des conseils qu'elles ont reçus des professionnels, pendant leurs différents stages, et de leurs collègues actuels qui peuvent les accompagner et les aider dans ce cheminement. Dès leur premier poste, leur statut officiel d'infirmières leur fait prendre conscience de leurs responsabilités, de leur rôle et de leurs missions thérapeutiques.

Jacky MERKLING ajoute dans un autre ouvrage qu'« *Il appartient cependant à l'infirmier de se former à diverses pratiques professionnelles spécifiques relevant de la spécialité choisie. C'est d'autant plus vrai en psychiatrie, où le savoir professionnel est surtout constitué d'un savoir-être soignant. La formation continue permet au soignant de se situer dans une dynamique de sens et de trouver un juste positionnement professionnel.* »⁴⁶ c'est-à-dire une attitude pour s'affirmer en tant que professionnel mais tout en restant aidant et humble. Il ne faut pas en faire trop (exemple : « je sais tout ») ni se comporter comme une stagiaire, mais toujours rester dans le questionnement, dans la formation continue, et être en pleine conscience de son rôle et de sa place de soignante.

Pour finir, la définition de l'identité professionnelle infirmière peut être la suivante : « *Quelle que soit la mission confiée à l'infirmier, l'identité professionnelle permet de se reconnaître dans une appartenance à la profession à partir de ce noyau d'acquisitions au cours des études. Ce noyau commun concerne la compréhension du sens, de la finalité et des valeurs du soin ; la déontologie, autrement dit les devoirs ; le corpus de savoirs nécessaires et de compétences à acquérir.(...)* »⁴⁷. L'infirmière peut aussi, pour se positionner, relire les textes législatifs comme : les codes de déontologies, le décret de compétences (et référentiel) , les règles et les comportements spécifiques à sa profession. Cela peut l'aider à clarifier son positionnement en début de carrière, mais au bout d'un certain nombre d'années d'exercice, avec l'expérience professionnelle, la notion de juste distance devient de plus en plus claire, voire évidente.

⁴⁵ MERKLING, Jacky. *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : éditions Seli ARSLAN 2007. p.149

⁴⁶ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. P.262

⁴⁷ Site : infirmiers.com: Quelle identité professionnelle pour les infirmières ? mise à jour le 17/01/2012
<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/quelle-identite-professionnelle-pour-les-infirmieres.html>

3.2. L'expérience professionnelle

Grâce à ce qu'on appelle 'l'expérience professionnelle', les infirmiers qui travaillent en psychiatrie depuis longtemps, ont une vision plus large et plus approfondie du savoir-être soignant et des savoir-faire spécifiques à cette discipline particulière.

Ils peuvent ainsi transmettre leurs savoirs aux jeunes diplômés à travers le tutorat, en les accompagnant en début de carrière. Les novices questionnent et leur font part de leurs difficultés de tous ordres. Les tuteurs leur apportent, de manière pédagogique, des connaissances supplémentaires et ils échangent sur des situations vécues pour les analyser et améliorer la pratique professionnelle des jeunes diplômés. Ces infirmiers expérimentés se sont tous confrontés, à un moment ou à un autre dans leur carrière d'infirmier, à ces questions : « qu'est ce que la bonne distance relationnelle ? et comment l'établir ? » C'est un incontournable dans ce métier, et ils peuvent expliquer, plus ou moins facilement, ce qu'ils en ont compris, grâce à leur exercice et aux erreurs qu'ils ont pu faire.

Par contre, d'après Micheline WENNER : « *Si l'expérience de terrain est un atout, elle ne peut remplacer les connaissances théoriques approfondies, indispensable à l'esprit d'analyse, à la prise d'initiative, de responsabilité et de décision.* »⁴⁸ Car c'est en pratiquant et en analysant, que les novices découvriront eux-mêmes leur juste distance, et ils s'approprieront leur propre posture professionnelle, quand ils prendront conscience et maîtriseront la place de chacun dans la relation soignant-soigné. De plus, avec l'expérience, les soignants arrivent mieux à faire la part des choses entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Ils prennent plus de recul dans les prises en charge, tout en conservant leur investissement dans celles-ci, mais avec une meilleure protection de leur vie privée et une meilleure gestion des émotions.

Enfin, l'expérience professionnelle permet ceci : « *Plus un 'thérapeute' se sent proche d'un patient, plus il doit demeurer professionnel, et plus il est professionnel, plus il pourra être proche du patient et accepter sa réalité.* »⁴⁹

⁴⁸ WENNER, Micheline. *L'Engagement professionnel infirmier, comprendre ses choix*. Paris : Seli Arslan. 2010. p.149

⁴⁹ CHARAZAC, Marguerite. Alliance Thérapeutique et empathie. *Santé mentale*. Septembre 2011. n°158. p.83

Hypothèse:

Pour conclure le cadre conceptuel, grâce à mes apports théoriques, je peux émettre une hypothèse qui est une réponse anticipée à ma question centrale (« Dans quelle mesure, le positionnement professionnel d'une infirmière, influence-t-il la distance relationnelle avec un patient adulte en service de psychiatrie ? »).

Je propose l'hypothèse suivante :

Le travail de réflexion de l'infirmier et sa remise en question, autant au niveau personnel qu'au niveau de sa pratique professionnelle, jouent un rôle prépondérant sur la recherche de la juste distance dans la relation thérapeutique. Ce travail de réflexion est aussi valable en équipe, car la prise en charge d'un patient n'est pas uniquement une relation interpersonnelle entre deux individus, ce qui permet de remettre de la distance. Malgré ceci, la relation soignant-soigné est un travail de réciprocité qui se joue entre le patient, l'infirmier, et le lien entre les deux.

De plus, les infirmières travaillant en psychiatrie doivent analyser tous les facteurs de la relation (le contexte, le patient, les collègues, elles-mêmes, ...) pour se positionner en tant que professionnelles, auprès des patients souffrant de psychopathologies. Ce positionnement est l'attitude du soignant qui permet la clarté et la sécurité dans la relation soignant-soigné, et il est adapté en fonction de chaque patient et des circonstances. Les patients peuvent parfois tester les limites des soignants (involontairement ou non) car eux-mêmes ont souvent des difficultés dans la distance aux autres, de par leurs pathologies. Et c'est par le positionnement du soignant, qui « incarne » le cadre de la relation, que la juste distance entre les deux est maintenue.

De plus, parfois les problématiques des patients font résonance avec le vécu personnel et émotionnel des soignants. Ils doivent donc être vigilants à conserver cette posture professionnelle dans toutes les situations (entretiens formels ou informels, médiations extérieures, états délirants, situation de crise, repas thérapeutiques, ...) afin de ne pas nuire à l'efficacité et à la qualité des prises en charge. Cependant, il ne faut pas tomber non plus dans la maîtrise absolue du soignant, mais rester profondément humain.

Conclusion

CONCLUSION

Au commencement de mon mémoire, j'ai choisi d'analyser une situation qui m'avait posé des difficultés lors d'un stage de psychiatrie. Le but de mon Travail de Fin d'Etudes est d'améliorer ma pratique professionnelle en service de psychiatrie, en établissant une bonne distance professionnelle, en particulier avec les patients de ma génération. Au fur et à mesure des entretiens sur le terrain, avec trois infirmières en psychiatrie, et de mes lectures qui m'ont permis de crédibiliser ma démarche de recherche, j'ai pu préciser et finaliser ma question centrale, à partir des mots clefs qui sont ressortis. Grâce à ma méthodologie, j'ai cherché des pistes théoriques sur la problématique suivante : « Dans quelle mesure, le positionnement professionnel d'une infirmière, influence-t-il la distance relationnelle avec un patient adulte en service de psychiatrie ? ». J'ai constitué un cadre de références pour conceptualiser et expliquer mon projet de recherche, en exploitant mes lectures. Ceci m'a permis d'élaborer une hypothèse répondant avec anticipation à la question centrale.

A l'issue de mon travail, je me suis rendue compte de l'importance du travail de réflexion et de remise en question de l'infirmière et de l'équipe soignante, au niveau personnel (émotions, éprouvés, ressentis, ...) et au niveau professionnel (empathie, vécus transférentiels, ...). Cela joue un rôle prépondérant sur la recherche de la juste distance dans la relation thérapeutique soignant-soigné. Les infirmiers qui travaillent en psychiatrie doivent se positionner en tant que professionnels auprès des patients, en rappelant leur rôle et leur mission de soignants. Ceci pour éviter des incompréhensions ou des confusions dans la relation de soins, et ce positionnement est adapté différemment face à chaque patient. Il est d'autant plus important que les patients hospitalisés en psychiatrie ont souvent eux-mêmes des difficultés avec la distance aux autres. Les infirmiers doivent aussi rester vigilants à conserver leur posture de soignants dans toutes les situations, ce qui est plus facile avec l'expérience, afin de ne pas nuire à l'efficacité et à la qualité des prises en charge. Mais j'ai compris qu'il ne faut pas tomber non plus dans l'excès inverse, c'est-à-dire dans la maîtrise absolue de soi, car il faut rester humain pour créer une relation authentique.

J'ai l'impression, grâce à l'évolution de ma réflexion, que les différents concepts et attributs de mon mémoire sont maintenant beaucoup moins flous et abstraits pour moi, et que j'ai

une vision plus globale des différents facteurs ayant un rôle dans cette notion théorique de « juste distance ».

Ce mémoire m'a beaucoup fait réfléchir sur le travail et le rôle des infirmières en psychiatrie, sur leurs responsabilités, et bien sûr sur leur façon d'être soignantes avec les patients. Ce MFE* m'a apporté la confirmation de mon choix de projet professionnel dans cette spécialité, ainsi qu'une maturité au niveau professionnel, mais aussi personnel. En service, ce travail me permet de modifier mon attitude en prenant plus d'assurance et en me positionnant mieux en tant que professionnelle (grâce à tout ce que j'ai appris lors de ma formation, de mes stages, et avec ce mémoire), pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients dont j'aurai la responsabilité.

Ce mémoire m'a aussi permis de me rendre compte que l'on n'a jamais fini de se questionner sur ce sujet.

Pour approfondir ma réflexion professionnelle infirmière, je me pose encore beaucoup de questions en rapport avec l'idée principale de mon mémoire. Mon sujet traite de la bonne distance relationnelle en psychiatrie, et mes sources ont souligné que celle-ci est encore plus complexe à maintenir avec des patients que l'on voit sur du long terme (et bien sûr les patients chroniques). Je me demande alors si les infirmières libérales, qui font des soins à domicile, n'ont pas les mêmes difficultés de distance que les IDE en psychiatrie, vu qu'elles s'immiscent aussi dans l'intimité des patients, en rentrant chez eux, et souvent à long terme. De plus, les infirmières qui travaillent en EHPAD* ou bien dans des services de gériatrie, rentrent aussi dans l'intimité des patients ou résidents, en les aidant à faire leur toilette corporelle tous les jours.

Je pourrai ainsi élargir mon projet de recherche avec la problématique suivante :
« Dans quelle mesure, la position et le travail de l'infirmière, qui entraînent souvent une intrusion de l'intimité (au sens large) des patients, influencent-ils la distance relationnelle ? »

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

_ MERKLING, Jacky ; LANGENFELD, Solange. *Processus psychopathologiques UE 2.6.*, France : Masson, Les Essentiels en IFSI. p. 240 à 265. (Tome 9)

_ MERKLING, Jacky. *Le métier d'infirmier en santé mentale.* Paris : éditions Seli ARSLAN 2007. 309 pages. (Savoir & pratique infirmière).

_ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie.* 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2012. 309 pages. (Savoir & pratique infirmière).

_ PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin.* 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. 266 pages. (Fonction cadre de santé).

_ PRAYEZ, Pascal (coordonné par LORAUX Nicole). *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation.* France : Lamarre, 2005. 229 pages.

_ ROBERTON, Geneviève. *Mémoire de fin d'études, initiation à la démarche de recherche, UE 3.4 et 5.6 .* France : Elsevier Masson. 2012, 255 pages. (Les essentiels en IFSI).

_ SARTON, Alain. *La traversée des émotions. Une voie à découvrir vers la connaissance et l'expression de soi.* Paris: Pocket. 2006. 250 pages. (Evolution catégorie 9, livre n°12637)

_ TROUCHAUD, Marie-Jeanne. *Et l'émotion se fait chair, comprendre la face cachée de nos actes.* Paris : Edition Du cygne. 2009. 238 pages. (C-Psy).

_ VOLTAT, Gérard. *Profession : infirmier des hôpitaux psychiatriques.* Paris : L'Harmattan. 2004. 80 pages. Psychanalyse et civilisation, série « trouvailles et retrouvailles »

_ WENNER, Micheline. *L'Engagement professionnel infirmier, comprendre ses choix.* Paris : Seli Arslan. 2010. 153 pages.

Ouvrages complémentaires (non utilisés dans le TFE) :

_ COLLOT, Edouard. *L'alliance thérapeutique.* Paris : Dunod, 2011. 242 pages. (Psychothérapies pratiques).

_ HESBEEN, Walter. *PRENDRE SOIN A L'HOPITAL.* Paris : MASSON 1997. 184 pages.

Articles de Périodiques :

_ BESSOU, Claudine ; DEJEANS, Audrey et al. Comment la maladie d'Alzheimer remet en question la posture des soignants. *Aide Soignante.* Avril 2012, Vol 26, N° 136, p. 25

_ BIOY Antoine ; BOURGEOIS Françoise. L'écoute informelle, facteur de resocialisation. Entretien informel. Accueillir l'informe. *Santé Mentale.* mars 2009. n°136, p. 54-55.

_ CHARAZAC, Marguerite. Alliance Thérapeutique et empathie. *Santé mentale*. Septembre 2011. n°158. p.83

_ FRIARD, Dominique. L'attachement. *Santé Mentale*. mai 2010. n°148, p.27-66.

_ FRIARD, Dominique. Entrée en empathie. Titre du dossier : l'empathie dans les soins. *Santé Mentale*. Septembre 2011. n°158. P.23-87

_ GODART, Elsa. L'empathie, un juste milieu entre la clinique et l'éthique du quotidien. *Soins psychiatrie*. octobre 2009. Vol 30, N°264. p 35-38.

_ LAURET, Monique. L'enjeu psychanalytique dans les états limites. *Santé Mentale*. Novembre 2011. n°160. p. 49-53.

_ MARGAUX, Sandrine, VIGIER Pierre et al. Le bar thérapeutique, un espace social de réhabilitation. *Soins psychiatrie*. Octobre 2009, Vol 30, N°264.p.31-34.

_ NARDIN, Roland. Trouver la juste distance thérapeutique. *Aide soignante*. Février 2012. n°134. p. 09-10

_ ROSALA, Franck. Pédopsychiatrie, le bisou en questions, *Soins psychiatrie*. Septembre /octobre 2010 n° 270, p. 27-29

_ TOUZET, Patrick. Soins en psychiatrie et connaissances, de l'utilité de l'inutile. *Soins psychiatrie*. Mars/avril 2012 N° 279. p 30-31.

Sites internet (consultés entre juin et novembre 2012) :

_ DUPERRET SERGE .Site : collectif plus digne la vie, titre : *La bonne distance du soignant*, (décembre 2004) Adresse : <http://plusdignelavie.com/?p=1362>

_ TERESTCHENKO Michel, philosophe .jeudi 14 janvier 2010. Adresse : <http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2010/01/la-question-de-la-bonne-distance.html>

_ infirmiers.com titre : *historique de la profession de l'infirmière en psychiatrie* mise à jour le 02/08/2011 adresse :

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>

_ infirmiers.com titre : *quelle identité professionnelle pour les infirmières ?* mise à jour le 17/01/12

Adresse : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/quelle-identite-professionnelle-pour-les-infirmieres.html>

_ Site : dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine

Consultation en ligne du dictionnaire de l'ANM : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr>

_ Site internet SERPSY :

- LEYRELOUP Marie. page : [L'infirmier de secteur psychiatrique - Du gardien de fou à l'infirmier de secteur](#), 2003. Adresse : http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/acteurs/inf_psy.html
- MENAUT Hervé (Infirmier de secteur psychiatrique, Cadre de santé en I.F.S.I.)

Les soins relationnels existent-ils ? adresse :

http://www.serpsy.org/formation_debat/soin_relationnel.html

- SANLAVILLE Dominique . Le soin malade de nos émotions contenues, 2010, adresse :
<http://www.serpsy.org/detour/ds.html>

Autres documents :

_ MANUILA, Alexandre ; Ludmilla, et al. *Dictionnaire médical Manuila* .10eme édition. Paris : MASSON, 2004. 676 pages.

_ TCHUKRIEL S. infirmière au Vinatier. thèse : *Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. cours du 11/10/12

_ TFE :

ROBIC Gwenaële. Gwenaële ou l'aventure de la juste distance. Travail de fin d'études. Diplôme d'état infirmier. IFSI de Roanne . Promotion 2004-2007.

_ TFE internet :

ROSELIER Typhaine. La distance dans la relation de soins. Travail de fin d'études. Diplôme d'état infirmier. IFSI du CHU de Nantes. Promotion 2006-2009.

_ références du dessin en 1^{ère} page de couverture :

S.D. KIPMAN – Fondation de Rothschild, Paris ; Copyright © Len medical, Gériologie pratique, mars 2011 ; Copyright © Michel Guillemin – Psychanalyste

Article : La bonne distance Envoyé le 21 avril 2011

Site internet : <http://paris-psychanalyste.fr/?p=3603>

Michel GUILLEMIN – Psychanalyste

Dénouer par la parole ce qui s'est noué par la parole – Jacques Lacan

Annexes

Annexe I :	Abréviations	page 39
Annexe II :	Guide d'entretien	page 40
Annexe III :	Retranscriptions de l'entretien avec l'infirmière de pédopsychiatrie	page 41
Annexe IV :	Retranscription de l'entretien avec l'infirmière de psychiatrie de liaison	page 45
Annexe V :	Retranscription de l'entretien avec l'infirmière de psychiatrie hospitalisation continue	page 53
Annexe VI :	Tableau	page 60
Annexe VII :	Auteurs de référence	page 67

Annexe I

Abréviations

ANM :	Académie Nationale de Médecine
CH :	Centre Hospitalier
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
HAS :	Haute Autorité de Santé
IFCS :	Institut de Formation Continue de Santé
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
ISP :	Infirmière de Secteur Psychiatrique
HDT :	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HL :	Hospitalisation Libre
HO :	Hospitalisation d'Office
LMD :	Licence Master Doctorat (système universitaire)
MFE :	Mémoire de Fin d'Etudes
PEC :	Prise En Charge
TFE :	Travail de Fin d'Etudes

Annexe II

Guide d'entretien

Guide d'entretien

FERRER Maia

promotion 2010-2013
IFSI de ROANNE

Entretien avec des professionnels

Introduction:

Dans le cadre de notre Mémoire de Fin d'Etudes, nous devons interroger des professionnels de santé sur un thème que nous avons choisi d'analyser. J'aimerais donc vous poser des questions sur la distance professionnelle en psychiatrie.

1. Quels sont les éléments qui vous permettent d'établir une distance professionnelle ?
2. Quels sont les éléments qui la mettraient en échec ?
3. Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la distance professionnelle ? *si oui, en quoi ? si non, pk ?*

Conclusion:

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à répondre à mes questions, ceci m'aidera beaucoup dans mon travail de recherches ainsi que dans ma future pratique professionnelle.



Annexe III

Entretien : infirmière en pédopsychiatrie (pour ados)

1. Quels sont les éléments qui vous permettent d'établir une distance professionnelle ?

Prenons l'exemple de ce matin, que j'ai vécu ce matin, j'ai reçu une adolescente qui n'avait jamais vu de pédopsychiatre, c'était une première demande, donc j'ai reçu cette ado pour la 1^{ère} fois, je ne la connaissais pas, elle s'est assise là où vous êtes assise, et voilà donc après c'est la façon de conduire l'entretien qui va amener cette distance ou pas, qui va amener la bonne distance justement. Quand on ne connaît pas du tout quelqu'un, on ne va pas commencer par dire, enfin moi je sais que je ne le fais jamais : « Parlez-moi de vous. » Ca ne serait pas comme ça que j'entamerais un entretien. Je vais d'abord lui demander qu'est ce qui l'amène ici, le pourquoi, si c'est elle qui a souhaité venir ici ou si c'est plutôt l'un des parents, un médecin,... Là je précise que c'est vraiment dans le cadre de cette rencontre là, elle n'avait encore jamais vu personne. Et puis après je vais commencer à lui demander de se situer dans la fratrie, de me parler de son papa, quel âge il a, qu'est ce qu'il fait, de sa maman, et puis un petit peu la fratrie, l'âge des frères et sœurs. On a fait l'arbre généalogique, tout ça se fait un peu naturellement, tout en restant à une certaine distance physique bien sur. Voilà, alors après, le tutoiement et le vouvoiement, moi j'ai l'habitude de tutoyer l'adolescent, ça m'est plus facile, je leur demande s'ils sont d'accord et en général ils le sont. Et puis la distance elle se fait, aussi je pense, par les questions que l'on pose, par la façon dont on mène l'entretien. Voilà, après, je ne sais pas trop comment expliquer ...

Bien sur il m'arrive souvent de rentrer chez moi et de penser encore à ces adolescents, mais bon, avec l'expérience, j'ai envie de dire, c'est quand même très aidant. C'est-à-dire que , on vient d'avoir un entretien un peu difficile, ça arrive, on y pense sur le chemin du retour et puis après on arrive à la maison, on le met dans un petit coin de sa tête, et on passe à autre chose, sinon ça devient trop envahissant et du coup, je ne sais pas si on reste soignant si ça nous envahit trop. Et puis à côté de ça, dans notre profession on a quand même pas mal de temps et de lieux pour exprimer ce qui nous est difficile, on a des réunions cliniques, on parle aussi de nos ressentis qu'on vit dans les groupes (CATTP ado), on a aussi la possibilité de rencontrer des psychologues dans notre service, pour parler des situations qui nous paraissent difficiles, on a aussi, en ce qui concerne notre travail sur le CMP, des réunions tous les lundis, des réunions de secteurs où on peut aussi amener nos problèmes, nos difficultés, si l'on doute un peu de vers quoi on va avec un adolescent ... Il peut y avoir des pistes de travail qui peuvent vous être amenées par les autres,

par les psycho, les pédopsy, ou par nos collègues, on a quand même plein de lieux, de temps, pour parler de nos difficultés, donc ça c'est très aidant aussi.

A part ça, ça ne m'est jamais arrivé de recadrer un jeune, mais bon je pense qu'il faut lui rappeler qu'ici c'est un lieu de soin, que je suis là pour l'aider. Par contre, ça peut peut-être plus arriver sur les groupes. Parce que sur les groupes on est amené à faire des jeux, de la cuisine, des choses beaucoup plus quotidiennes. Du coup ça rapproche encore plus, et puis ça dépend aussi des pathologies des adolescents. Et lorsque justement l'adolescent se rapproche trop de moi, je lui dis, mais parfois c'est compliqué car ils sont beaucoup dans le toucher, dans l'intrusion de l'autre, moi je leur dis « non non stop, là c'est bien on se fait un câlin, maintenant on arrête, on passe à autre chose. » mais ils l'entendent la plupart du temps. Bon il y a parfois des insistances mais on arrive à s'en sortir quand même.

On ne leur fait jamais la bise, toujours une poignée de mains ... *Silence*... alors ça nous arrive, si, ça nous arrive, sur les groupes de « psychotiques » et autistes, ils sont très très malades, du coup, eux-mêmes sont un petit peu perdus dans la distance, l'autre c'est qui ? c'est quoi ? et du coup parfois ils ont tendance à un peu envahir, à être très très proches, à toucher beaucoup, à bisouiller, voilà tout ça, mais bon, on leur dit stop et c'est bon. Rose par exemple, une jeune qu'on suit, il m'arrive de lui faire la bise, mais ce n'est pas quelque chose qui est gênant en soi, je ne pense pas, c'est naturel. Mais je ne le ferai pas à un ado qui vient me voir une fois tous les 15 jours en entretien individuel, je ne me vois pas faire ça du tout.

2. Quels sont les éléments qui la mettraient en échec ?

Silence (moi : « au niveau de la PEC »), Heu ... Je pense que c'est un peu compliqué quand on est pris dans une relation trop proche, je ne crois pas qu'on soit soignant ... *Silence* ... Je pense qu'on s'en rend compte très vite et on rectifie la façon de faire, la façon d'être, revoir peut-être une autre technique d'entretien, voilà, mais on parle du rapprochement, mais ça peut-être aussi l'inverse, ça peut être un ado qui ne veut pas du tout venir, pas du tout entendre parler de nous, qui ne veut pas de soin, qui est obligé de venir pour X raisons, et qui n'a pas envie d'être là, qui est dans la fuite, ça peut aussi être ça, et là j'en rencontre même plus souvent que le rapprochement et le manque de distance. Et là justement, je vais rencontrer une ado qui n'a pas du tout envie de venir, je ne sais pas trop encore, donc je ne sais pas du tout comment ça va se passer. Moi j'aime bien laisser faire la 1^{ère} rencontre, et après je vois, quand j'ai vu l'ado une 1^{ère} fois, je pense être capable d'adapter mes entretiens. Mais ça peut être aussi avec un support, une médiation, une feuille de dessin, un crayon, à travers un jeu, ... Il m'est arrivé aussi d'emmener l'ado que je suivais au CMP au CATTP et de faire un collage avec elle, parce qu'à travers ce

collage, elle arrivait beaucoup plus à parler d'elle que face à face où elle était trop inhibée, elle avait peur. Donc après, j'ai envie de dire, on s'adapte quoi, et on s'en rend très vite compte de toute façon, Voilà.

3. Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la DP ? si oui, en quoi ? si non, pourquoi ?

OUI, je pense que quelqu'un qui est bien aguerri, peut plus tenir un entretien compliqué et a moins de chance de se laisser envahir, ou je sais pas, qu'il aura vite analysé la situation, qu'il aura d'autres clés qui lui permettront de tenir la route, parce qu'il sera faire appel aussi, aux autres professionnels.

A propos de ma propre expérience professionnelle, avant de faire de la pédopsychiatrie j'ai fait de la psychiatrie adulte pendant plus de 20 ans. Et là au niveau de la distance c'est différent parce que c'était une clinique donc on bossait du matin jusqu'au soir en 12H. On était donc avec les patients toute la journée, on avait tous les vécus, le moment du repas, du lever, toute la matinée, où il y avait les injections, les perfusions, donc on les rencontrait à travers différents moments. C'est complètement différent. J'allais à la chambre 20X pour une injection, et l'après-midi je pouvais très bien voir cette même personne en entretien, donc c'est peut-être plus compliqué, quand on vit comme ça des longs moments avec des personnes. Mais il faut bien rester dans sa position de soignant, alors je ne dis pas qu'on l'est 24H/24, y'a des moments où on doit moins l'être que d'autres, mais on essaye en tout cas ... *rires partagés*...

C'est donc différent de quand je vois un ado 30 min par jour tous les quinze jours. Cependant je peux voir ces jeunes pendant plusieurs années. Là je viens de dire au revoir à une ado, je la suivais depuis 3 ans, c'est énorme dans le temps, donc il y a forcément un attachement, mais bon, après, voilà, c'est un attachement tout à fait serein, un attachement de confiance, de respect, qui permet justement d'être ni trop proche ni trop loin, sinon ça ne marche pas non plus. Mais c'est difficile de définir vraiment.

A part ça, je me souviens que quand je travaillais à la clinique avec les adultes, il arrivait que certains nous tutoyaient, c'étaient souvent des patients que l'on revoyait souvent, qui faisaient des rechutes et qui étaient hospitalisés très souvent, et du coup il leur arrivait, au lieu de dire VOUS ils nous disaient TU, mais bon moi ça ne me gênait pas trop, mais par contre je leur disais : « même si on se connaît bien, je préfère qu'on se vouvoie. » et ça ne posait pas de souci en général. De plus, il m'est arrivé qu'il y ait des hommes dans la séduction avec moi, mais vu que l'on travaillait en équipe, au lieu que ce soit moi qui aille faire l'injection à ce patient là, bah je déléguais à quelqu'un d'autre, et puis après dans la journée ça allait. On était une équipe donc

on se passait le relais, on évitait d'aller en ballade avec lui seul à seul, il y a des choses évidentes. Parfois il faut aussi préciser les choses : « je suis mariée, j'ai des enfants, ... » quand ils insistaient.

Je pense que la distance est plus dure à établir en psy que dans les autres services, car on parle de soi, de ce qu'on est, de nos angoisses, de notre intime aussi parfois, donc c'est forcément plus compliqué qu'un patient qui vient pour se faire opérer. Il est dans sa chambre, il regarde sa TV, on n'entre que pour un pansement, on parle de la pluie et du beau temps, on ressort, et puis voilà, ça n'a rien à voir. Quand je dis on parle de soi je veux dire que le patient parle de lui et de ce qu'il ressent, de son intimité, et c'est pour cela qu'elle est importante cette distance. Dans les services de médecine, ils peuvent bien sur parler de leur vie à l'infirmière, mais ce sera sur un petit moment, elle va rentrer pour faire quelque chose, un pansement par exemple, le patient va lui dire « bah voilà je ne suis pas bien, je suis en train de me séparer de ma conjointe,... » je dis n'importe quoi (*rires*) , après l'infirmière ressort, et si ça se trouve, 2 jours après, le patient sort du service, et l'infirmière ne le reverra plus jamais ; alors que nous il y a cette continuité dans le soin. Dans les entretiens , on les aide dans leur problématique, ça peut être un deuil, ils parlent de cette douleur, ils mettent des mots sur leur tristesse, ils parlent vraiment de ce qu'ils ont en eux.

Il faut être dans l'empathie mais il ne faut pas être non plus trop proche ni trop lointain, mais elle n'est pas facile à garder parfois, quand on voit les ados sur du long terme, on s'y attache un peu quoi, et quand on leur dit au revoir aussi. Là, la jeune fille que j'ai quittée je lui ai dit « ça serait bien que j'aie de tes nouvelles de temps en temps quand même », car elle part dans une autre ville, ça me ferait plaisir de savoir si elle a eu son BTS, voilà, des choses comme ça, savoir si elle poursuit sa vie ou pas (*rires*). Du coup, elle a repris le numéro du service et elle appellera au secrétariat. Et ça je ne le considère pas comme un dépassement de la distance, pour moi c'est simplement de l'Humain.

Annexe IV

Entretien : infirmière de psychiatrie de liaison (pour adultes)

1. Quels sont les éléments qui vous permettent d'établir une distance professionnelle ?

Déjà ma position en tant que professionnelle. Quand j'interviens auprès d'une personne, je me présente comme infirmière ; donc ma position professionnelle me donne une distance, tout de suite d'emblée, par rapport à la personne soignée que je vais rencontrer.

Ensuite, le vouvoiement me permet d'établir cette distance. J'appelle la personne par son nom, je me présente en tant que Mme X infirmière en psy ou parfois je dis je suis une infirmière, c'est en fonction des situations que j'analyse avant.

Heu ... L'expérience aussi, elle me permet aussi de dire que la distance professionnelle est importante pour la suite du travail que je vais engager avec cette personne, je vais toucher des plages de sa vie privée, de sa vie intime et de sa vie personnelle , donc cette distance est vraiment nécessaire pour ne pas tout mélanger. Le travail que je vais faire va compter pour la personne que je rencontre.

Mais dans mes souvenirs ça ne m'est jamais arrivé d'avoir un problème avec la distance professionnelle. Quand j'ai commencé, j'ai débuté avec des adolescents, c'est vrai qu'il y avait un tutoiement là par contre. C'étaient des adolescents qui étaient hospitalisés à moyen et long terme, donc il s'installait une espèce de proximité, avec le tutoiement, avec l'approche du corps, puisqu'en effet on était au plus près d'eux, on faisait la toilette. C'étaient des ado autistes, psychotiques graves , donc en incapacité de se prendre en charge sur le plan personnel, enfin comme la toilette, des choses comme ça. C'est vrai qu'on touchait leur corps, il y avait une proximité physique, mais je ne me suis jamais sentie intrusée moi, (j'essaye de cheminer dans mon expérience), mais peut être qu' eux ils ont peut être plus senti ça , l'intrusion dans leur intimité, je ne sais pas, mais ça c'est aussi du à leur maladie.

Par contre , là où je me suis sentie peut être plus titillée sur le plan de la distance professionnelle, c'était avec les toxicomanes. Parce que ces patients tentent de casser cette distance, pour eux, pour avoir plus de possibilité de demander telle ou telle chose. Car eux à cause de leur pathologie ils sont beaucoup dans la demande, d'avoir toujours plus, ils sont dans la dépendance, ils manipulent les personnes pour obtenir. Chez certains patients toxicomanes, j'ai eu des difficultés pour cette distance, mais comme j'avais déjà l'expérience, ça faisait déjà pas mal d'années que je travaillais avec des toxicomanes, j'avais suffisamment d'expérience, même s'ils essayaient de me tutoyer ou d'intruder dans ma vie privée, j'étais tout à fait solide

pour dire non, donc du coup je n'ai jamais vraiment eu ce problème, je ne me suis jamais sentie en danger par rapport à mon intimité et à cette distance qui est nécessaire pour travailler en relation thérapeutique avec les patients.

Il y a des patients, je leur disais franchement, quand ils me disaient : « tu t'appelles comment toi ? C'est quoi ton prénom ? » je répondais « Moi c'est Mme X. Je vous appelle Mr ou Mme Y alors vous m'appelez Mme X ». Je suis très claire. Il y a des gens qui disent que ça met un froid, mais non ça ne met pas du froid, ça met de la vérité, de la réalité. On en est là : « je suis Mme X l'infirmière et vous vous êtes Mr Y le patient ». Donc du coup, je pense que pour eux c'est aussi sécurisant de savoir qu'il y a un cadre. Ils me demandaient « vous avez des enfants ? Et combien vous avez d'enfants ? Vous vous me posez des questions alors pourquoi moi je ne vous en poserais pas ? » « Moi je suis là en tant qu'infirmière, pour vous aider, pour vous faire travailler. Je suis là pour tel ou tel objectif, pour vous permettre d'évacuer des choses qui sont difficiles pour vous, d'apprendre à en parler, ... Enfin je ne sais pas, pour des tas de choses, mais je ne suis pas là pour vous parler de ma vie privée. Par contre c'est vrai que je vous pose des questions, mais vous êtes vous aussi dans vos droits de ne pas vouloir me répondre et à ce moment là bah, on verra, mais en tout cas moi, personnellement, non. » Voilà, je n'ai jamais vraiment eu de grosses difficultés, j'ai su me protéger, donc du coup il n'y avait absolument pas de difficulté.

Par contre, quand j'étais stagiaire, j'ai appris avec des gens qui m'ont aidé. J'ai été au Vinatier donc j'ai travaillé avec des infirmiers psy. Enfin chacun fait avec ce qu'il sent ... parce qu'il y a des infirmiers qui sont dans le tutoiement très facilement et qui arrivent à garder la distance thérapeutique nécessaire. Il y a des infirmiers qui appellent tous les patients par leur prénom mais qui n'ont pas de difficulté avec la distance thérapeutique, chacun fait avec sa propre histoire et avec sa propre éducation.

Moi dans mon éducation on m'a toujours appris à vouvoyer les gens plus âgés que moi par exemple, à interpeller les gens que je ne connaissais pas par leur nom. Du coup ça m'appartient, ça fait partie de mon histoire, et j'utilise ça, on utilise aussi des choses qu'on a appris dans sa propre histoire, et puis ; j'ai appris avec mes mentors, enfin les infirmiers qui étaient déjà depuis des années en relation avec les patients. Ils m'ont mis en garde, ils me disaient : « attention lui il va vouloir te poser des questions sur ta vie privée. » voilà c'est aussi comme ça que j'ai appris. En tant que stagiaire je ne savais pas et j'ai appris, mais comme dans mon histoire éducative le vouvoiement était plus utilisé, je n'ai pas eu de problème car j'ai toujours vouvoyé les gens. Donc du coup voilà, c'était un peu ma distance au début, et puis, petit à petit, j'ai intégré d'autres moyens d'instaurer une distance avec les patients, et après, une distance thérapeutique, c'est venu petit à petit.

Donc d'abord en tant que stagiaire mes moyens perso, ensuite grâce aux autres infirmiers psy, puis de ma propre expérience pro à moi. Vous voyez ? Ca a été un cheminement.

2. Quels sont les éléments qui la mettraient en échec ?

Tout d'abord : si c'est quelqu'un que je connais. Donc pour ça, on est assez vigilant, c'est-à-dire que si c'est un patient que je connais bien, ou que j'ai connu dans ma vie privée, je ne vais pas m'occuper de lui. C'est surtout cet élément là qui mettrait en échec la distance thérapeutique. Le fait que je connaisse la personne en dehors du milieu hospitalier, là je ne m'en occupe pas. Car je ne peux pas m'occuper de quelqu'un avec qui j'ai eu des relations de proximité, ou intime, ou en amis ou je ne sais pas quoi, donc du coup cet élément rentre en ligne de compte.

2^{ème} élément : la violence. Les gens qui sont violents, délirants, là la distance professionnelle à un moment donné ...pfff ... d'abord on traite la crise, donc on est plutôt dans le corps à corps, donc là la distance professionnelle on n'y pense pas trop. On va quand même vouvoyer les gens, on va leur dire « vous vous calmez, n'ayez pas peur, je vais rester avec vous ... » mais bon à un moment donné, la distance professionnelle est un peu mise à mal. Il faut le contenir, le tenir, quand il est délirant et agressif, on n'y pense pas.

Un autre élément : c'est si on n'est pas clair avec le patient. Si le patient nous dit : « je vous connais vous, vous avez telle sœur, je vous ai vu avec votre sœur et je connais votre mère, (j'en sais rien moi) » je leur dis : « écoutez, peut être que vous avez l'impression qu'on se connaît, en tout cas ici vous êtes un patient et je suis l'infirmière, je vous reçois dans tel ou tel cadre, donc ici en tout cas vous êtes Mr Y et moi Mme X ». De toute façon si je le connais et qu'il fait partie de ma vie privée je ne m'en occupe pas. De toute façon il faut être très clair, et être clair avec soi-même, moi je n'ai pas de souci car tout de suite je suis très claire, et ça ne met pas la distance en échec. Et si ça la met en échec, si je sentais que j'étais malmenée, à ce moment là je passerais la main à un collègue en disant : je n'y arrive pas, c'est difficile. L'intérêt dans notre profession c'est que l'on travaille en équipe donc on ne va pas essayer de faire avec ce qu'on ne peut pas.

Il y a un moment donné, voilà, on dit à un collègue : « je me suis sentie intrusée, je n'arrive pas à récupérer la relation, je crois que ce serait mieux que tu prennes le relais ». Les choses sont claires. Donc en gros ce qui pourrait mettre la DP en échec serait de ne pas poser de cadre, si l'on n'est pas clair avec le patient, si l'on répond à sa question quand il demande : « combien tu as d'enfants ? » pour essayer de faire alliance avec lui, on a l'impression que ça améliore l'alliance thérapeutique avec le patient, mais au contraire ! ça intruse le cadre de soin,

et puis après c'est « tu habites dans les parages ? » « heu oui enfin dans les environs » c'est là qu'on se laisse intruser, alors que pour le patient ça ne lui rend pas service de lui dire avec qui on est mariée, si on a des enfants, et qu'on habite Mably, ça n'aidera pas le patient dans sa prise en charge, et ça ne sert à rien, et ça ne fera pas alliance, car l'alliance thérapeutique elle ne repose pas sur l'idée qu'on va donner des petits éléments de sa vie privée pour mieux en avoir d'autres chez lui, non ce n'est pas comme ça que ça se passe.

Pour faire une alliance thérapeutique, il faut déjà sécuriser la personne qu'on a en face et qui est en souffrance, car ce sont des gens malades. Donc c'est : la sécuriser dans un cadre : « je suis l'infirmière, je suis là pour vous aider, vous pouvez vous exprimer ici, on est ici pour parler de vous, on va prendre ¾ d'heure pour discuter ensemble. » le cadre c'est ça.

Pour le patient c'est ici que ça se passe, il n'y aura pas un mélange d'une histoire avec une autre, c'est son histoire qui compte, c'est lui qui compte, et sa souffrance. Et l'alliance thérapeutique ne se fait pas en disant : « vous savez, ce que vous avez vécu je l'ai vécu, je sais que c'est difficile, je me mets à votre place. » Enfin je vous dis ce qui l'en est pour moi, ce n'est pas ça, ça ne va pas faire alliance. On a l'impression sur le moment, on dit : « je l'ai vécu, je sais ce que c'est de perdre quelqu'un de sa famille. ». Mais non, au contraire, le patient va se dire : « elle parle d'elle, alors que je parle de moi, sa souffrance à elle alors a raisonné dans la mienne, et elle est tellement en souffrance que moi je ne peux pas parler de ma souffrance, qu'est ce que ça va lui faire à la personne en face, elle vient de me dire qu'elle a perdu quelqu'un. ça va l'inquiéter, l'inquiétude de si elle parle comme ça de son histoire qu'est ce qu'elle va en faire de la mienne ? » Donc on met la personne dans l'insécurité et je pense que ce n'est pas ça dont ils ont besoin.

Eux ils ont besoin d'être sûr que c'est un espace qui est sûr pour eux, et que ce qu'ils vont dire ici ça va être contenu et que ça ne va pas mettre à mal, ils peuvent tout dire : « la personne qui est morte je ne l'aimais pas. » rien ne va être dit.

En même temps nous sommes humains, il le sait, et ça va forcément nous toucher, et on peut même dire nos émotions. Quelqu'un qui nous dit : « j'ai perdu ma mère j'avais 6 ans et là je viens de perdre mon compagnon dans un accident de voiture. » on peut dire : « ça doit être très dur. » on a le droit de dire ce que l'on ressent. Pas de pleurer, crier, ... mais de dire notre émotion comme : « là c'est dur. » mais pas de dire : « Oulala mais c'est trop horrible !!!! » parce que là si on s'effondre on n'est plus aidant pour le patient.

Donc en gros c'est la limite entre empathie et sympathie. L'empathie c'est de répondre à quelque-chose que l'on a en face. Il y a des patients qui me racontent ça comme un livre, et nous on met des émotions dessus. S'il y a une patiente qui me raconte qu'elle a été violée à l'âge de 14 ans et qu'après elle a été battue dans sa famille, elle raconte ça comme ça. Dans ce cas là je

dis : « oula ce que vous me racontez c'est dur ». C'est lui remettre une émotion qu'elle a perdue, enfin c'est pour prendre contact avec ses émotions à elle qu'elle a enfouies, c'est ça le travail thérapeutique qu'on va faire avec elle. Ce n'est pas de s'effondrer physiquement, ou de dire : « oulala arrêtez c'est trop horrible ce que vous dites. » . Non : « ça me touche, car c'est dur ce que vous avez vécu, Madame X. »

Se connaître soi-même c'est donc aussi un élément important pour ne pas mettre en échec la DP, enfin on ne se connaît jamais vraiment soi-même, on peut connaître nos réactions. Je dirais plutôt qu'il faut être clair avec soi-même, pour se poser à nous-même un cadre de travail pour nous, être clair avec son mode de fonctionnement, il faut avoir analysé son intérieur, se connaître un petit peu quoi.

Moi je travaille beaucoup avec les émotions, ce que je ressens à l'intérieur. Je n'en fais pas mon émotion à moi, j'essaie de la comprendre. Quand je suis en face de quelqu'un, il m'arrive d'être anxieuse, mais je ne vais pas dire à la personne « je suis anxieuse », je vais m'analyser dans ma tête « qu'est-ce qu'il se passe ? pourquoi je suis anxieuse ? peut-être que c'est la personne en face de moi qui est anxieuse ? je l'ai sentie, la main était moite, j'ai senti son anxiété. Ou alors c'est pas forcément la sienne, peut-être que je suis anxieuse parce que je sens cette personne inquiétante, j'en sais rien, j'essaie d'analyser ce qu'il se passe en moi, ça ça se fait au fil des années, au fil de l'expérience. Si j'arrive à analyser mon émotion, je vais en faire quelque chose de bien, sinon je suis bloquée, et je ne vais pas écouter la personne en face, je ne vais rien enregistrer de ce qu'elle va me dire, car je serai en position de défense. Donc je me mets sur la défensive, donc si je ne n'analyse pas, je ne serai pas au top dans mon entretien. C'est pareil pour l'émotion de la colère, je me demande d'où ça vient. Enfin voilà je travaille comme ça, c'est ça apprendre à se connaître, c'est essayer de sortir de soi pour pouvoir être au mieux dans la relation avec l'autre, de ce que je ressens sur le moment, sinon je vais l'extérioriser.

En gros, ce qui peut mettre en échec la DP c'est quand on ne maîtrise pas ses propres émotions, il faut arriver à les analyser pour ne pas les projeter sur l'autre. Par exemple, si je viens de me disputer avec ma collègue, ça ça risque d'interférer. Je vais avec ça voir un patient et je vais lui dire : « oui bon qu'est-ce qu'il y a ???! » et du coup je projette mon émotion sur l'autre, et le patient en face ne va rien comprendre. Alors que si j'analyse avant mon émotion, « je suis en colère là je ne suis pas bien, est-ce que je suis capable de le faire là ou est-ce que je passe le relais à une collègue car je suis trop mal et je ne vais pas pouvoir gérer, ou alors je vais en discuter avec elle, et après ça ira mieux, et ça justement ça me sert pour la gestion de la bonne distance professionnelle. Je trouve que ça permet de ne pas projeter tout ce qu'on ressent sur les patients. Je peux dire à ma collègue qu'elle 'm'emm[...]', mais pas aux patients, parce qu'on est des professionnels, on n'est pas chez nous à déballer toute notre vie.

3. Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la distance professionnelle ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

Et bien oui, c'est ce que j'ai dit.

L'expérience nous permet petit à petit déjà de connaître ce que c'est que la distance professionnelle, de l'avoir éprouvé justement en tant que non distance professionnelle, comme donner des renseignements de sa vie privée à un patient et puis après il est content et il nous le rend bien, il va dire « ha je l'aime beaucoup cette infirmière elle est géniale, elle est gentille, elle prend soin de moi. » et puis après ça se retourne contre nous, car après c'est : « Ouai tu peux me donner ton numéro de téléphone si jamais je ne suis pas bien ? » et alors là on n'est plus du tout dans la distance professionnelle, on est dans la proximité, et du coup c'est encore plus dur après pour s'en défaire, on se sent intrusé par le patient et ça peut être dommageable, pour le patient et pour nous car on rentre chez nous et on n'est pas bien, et ça n'a pas fait avancer le chmilblic. Donc là, si on pense que l'alliance thérapeutique elle y est, on se trompe complètement, ce n'est pas faire alliance que de donner des éléments privés ou de se rapprocher du patient, ou le prendre par le cou , on peut tout voir hein !

Ce n'est pas pour autant qu'il ne m'est pas arrivé de préférer un patient, mais ça, ça s'analyse. En effet, dans une équipe il y en a qui disent : « moi je l'aime beaucoup ce patient, j'aime bien y aller, j'aime bien discuter avec lui. » . Y'en a d'autres qui disent : « ah non, moi je ne peux pas. » mais tout ça on l'analyse, on se demande pourquoi , parfois on se dit « tient ! il me rappelle mon cousin ou ma sœur. » Dans ces cas là c'est du contre-transfert, et ça s'analyse. Ce n'est pas forcément négatif si on comprend d'où ça vient. Il se passe un transfert et contre transfert, ce sont des termes très techniques. Le contre-transfert n'empêche pas la prise en charge tant que l'on sait d'où ça vient et que l'on sait l'utiliser pour comprendre cette personne là. La personne nous fait sentir ça , c'est notre relation avec le patient. Parfois le ou la patiente nous met sur un piédestal : « il n'y a qu'avec vous que je peux parler, je me sens bien quand j'ai parlé avec vous, je me sens un peu libéré. » et bah en moi je vais me dire : « je suis géniale, je l'aime bien cette patiente, et ça me fait penser que moi aussi quand j'étais adolescente j'étais contente car ma sœur se confiait toujours à moi et pas à une autre. » Donc si j'analyse ça et que j'en parle avec mes collègues : « elle me fait me sentir être une super infirmière. » on raconte ce qu'on ressent, avec nos collègues on peut se le permettre, et la supervision est faite pour ça aussi justement.

On devrait tous en avoir de la supervision même dans les services qui ne sont pas de la psychiatrie, car ça nous permet d'analyser tout ça. La supervision c'est un travail sur les prises

en charge qu'on a , c'est quelqu'un de l'extérieur, quelqu'un qui ne connaît absolument pas l'équipe et qui ne travaille même pas à l'Hôpital , et à qui on parle de nos PEC, et on va assez loin dans l'analyse, justement on lui dit ce genre de chose, comme : « cette patiente je ne sais pas pourquoi je l'aime beaucoup et heu j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se passe avec elle et je n'arrive pas à l'analyser. » la personne qui est là pour superviser répond : « et bien allons-y , on va l'analyser. » et c'est là qu'on fait les associations d'idées, et là je me dis « tiens je crois qu'elle me fait penser à ma sœur, même physiquement. » Voilà, on analyse, et ça ne nous empêche pas de travailler avec le patient, car justement on va se servir de cette analyse pour permettre à la patiente de travailler.

Et ça c'est vraiment dans le cadre très précis de la psychiatrie, car dans les services de somatique, ce genre de choses on peut le faire, mais on va le faire entre collègues : « je l'aime bien ce gars, il est vraiment sympa, il est très poli , j'aime bien aller le voir. » Y'en a qui vont dire : « moi je ne le supporte pas, je connais ce genre de mec. » On en parle en équipe pour remettre de la distance. D'en parler, justement, permet d'éviter cette proximité et de remettre la bonne distance professionnelle, on l'analyse.

Donc on peut en conclure qu'il y a le même problème dans les services de médecine qu'en psychiatrie, ce n'est pas très différent.

Parfois, quand il y a des pathologies chroniques comme le diabète, les patients reviennent très souvent dans le service, donc au fur et à mesure, on commence à abolir cette distance professionnelle, mais là c'est pas encore trop grave quand c'est que le tutoiement, mais après vu qu'on se connaît bien, on parle de notre famille et de notre vie avec nos collègues devant le patient, et puis après on répond à leur questions sur notre vie privée, mais avec certains patients c'est dommageable.

Et je pense que même en médecine on devrait garder une distance thérapeutique, on ne peut pas faire n'importe quoi devant les patient. Si on veut, on le fait à l'office, en pause, mais c'est tout. Tout ne peut pas se faire avec le patient, même si on le connaît bien: on est des professionnels, des infirmiers, on n'est pas chez soi, on est au travail , on soigne, on est avec des patients en souffrance, il ne faut jamais le perdre de vue. Même si ce sont des patients qu'on voit souvent et qui reviennent toujours, ils ne font pas partie de notre famille. Donc la distance professionnelle n'est pas spécifique à la psy, tout le monde doit l'avoir, pour justement préserver sa vie privée et personnelle. On est là pour soigner les gens, il ne faut jamais le perdre de vue. On peut exprimer ses émotions, en parler avec nos collègues, on peut pleurer après coup parce qu'un patient est décédé, mais devant les patients on a toujours cette distance thérapeutique.

Par contre, elle est encore plus spécifique en psychiatrie car on travaille sur le plan psychologique donc on va avoir du travail à faire là-dessus. On va chercher pourquoi il essaye

d'abolir cette distance, on va l'analyser. Nous sommes humains, mais pour aider les autres on ne peut pas déballer notre vie privée au patient.

En psy on travaille avec les émotions. Mais par contre en médecine, on pourrait justement se sentir plus en danger par rapport à ça car les gens sont comme nous, ils n'ont pas forcément de problèmes psycho. Alors que par exemple la psychose ou l'hystérie ce sont des pathologies psychiatriques qui sont loin de nous, donc on se dit : « ce n'est pas moi ça » , on a moins de risque de s'identifier à eux, où alors il y a moins de risque de faire des contre-transferts sur des psychotiques en crise que sur des patients équilibrés/névrosés de médecine, comme les cancéreux ou ayant des maladies chroniques graves. Et bah ça, ça pourrait nous arriver demain, ou à n'importe qui de notre famille, et là c'est plus dur car c'est là que ça risque de plus nous toucher et de ne pas arriver à mettre la bonne distance professionnelle. On aurait envie de les prendre dans les bras, ça peut arriver à n'importe qui, on est plus proche d'eux. Pour moi , ce n'est pas plus dur en psychiatrie qu'en médecine ou en réa par exemple. Cette jeune fille de 22 ans qui a eu un accident de voiture et qui s'est fait amputer de la jambe, je peux te dire que pour la plupart des soignants c'est très dur, car ça pourrait être leur fille ! Ce n'est pas si facile que ça. Donc moi, je trouve ça plus facile en psychiatrie, malgré que l'on travaille avec les émotions et l'intime. Au contraire je trouve que ca se fait plus facilement, car justement, nous en psy, on travaille avec ça ! On travaille avec les émotions des gens, avec ce qu'ils nous donnent, avec ce qu'ils sont, donc c'est vrai qu'on va au plus intime des gens. Donc on a intérêt à plus cadrer cette distance thérapeutique et le soin pour que la distance soit suffisamment sécurisée et sécurisante pour le patient que l'on a en face. Donc nous même on est déjà préparé psychologiquement parlant pour que le patient en face puisse dire ce qu'il se passe, ses émotions.

La seule spécificité de la psy c'est qu'on travaille avec le plus intime des patients, dans leur histoire et dans ce qu'ils ressentent au fond d'eux, et si on veut être le plus soignant possible et ba nous même on doit avoir établi un cadre de travail et une empathie suffisamment sécurisante. Nous ne sommes pas là pour parler de notre vie privée, ni là pour essayer de l'accrocher d'une manière ou d'une autre en parlant de nos propres problèmes et émotions, mais par contre je lui laisse cet espace pour que lui il puisse me dire qu'il va mal etc ...Mais ça ne nous empêche pas d'exprimer nos émotions. La distance c'est se décoller des émotions du patient mais lui renvoyer ce qu'il renvoie comme émotion, et après on travaille sur ça. Voilà !

Annexe V

Entretien : infirmière de psychiatrie en hospitalisation continue (pour adultes)

1. Quels sont les éléments qui vous permettent d' établir une distance professionnelle ?

Déjà , d'un point de vue très basique : c'est notre statut : on est soignant, on est donc là pour prendre en charge des patients. Donc le 1^{er} élément c'est notre statut de professionnel. Le patient est là pour se faire soigner , donc c'est un peu comme une relation ... heu enfin ce n'est pas comparable ... mais un peu comme un patron et un salarié, notamment je pense au vouvoiement, c'est comme une hiérarchie dans une entreprise, là ce n'est pas du tout une question de hiérarchie, c'est une question de statut, on est professionnelles.

Par contre, si le patient nous tutoie il faut déjà comprendre pourquoi, en fonction de sa pathologie. Par exemple, si c'est un patient dément, il ne faut pas tout de suite être opposant à ce tutoiement, à la limite on peut laisser le tutoiement en fonction du contexte. Ce n'est pas parce qu'on vouvoie quelqu'un qu'on est éloigné de lui, on peut même être très proche avec le vouvoiement et vice versa. Je parlais des personnes démentes mais il y a aussi les personnes autistes, tout ça il faut le prendre en compte. Pour ces personnes là, il ne faut pas dire d'emblée : « oula il me tutoie, on va être trop proche ».

Bon, après c'est sur que le vouvoiement met une distance, on vouvoie pour éviter d'être trop proche des personnes et quand on tutoie on est plus proche car le tutoiement peut être mis en place à cause de l'âge par exemple. Comme là on se tutoie car on est des personnes à peu près de la même génération. Voilà tout ça rentre en compte. Mais ce n'est pas parce qu'un patient nous tutoie que d'emblée il faut le recadrer direct, je pense qu'il faut vraiment prendre en compte la pathologie. De même, s'il y a une personne complètement délirante, avant de lui dire stop , peut-être qu'elle nous prend pour quelqu'un d'autre, donc on va d'abord essayer de savoir sur quoi tourne son délire.

Ensuite, si une personne est dans ce service depuis longtemps et qu'on sent qu'elle commence un peu à s'installer, si par exemple ça fait 3 mois qu'elle est dans le service et qu'au bout d'un moment elle lâche un « tu », là par contre il faut savoir remettre en place, lui rappeler pourquoi elle est là, ce n'est pas parce qu'elle est là depuis 3 mois que l'on peut se tutoyer, au contraire, nous on est soignantes et elle, elle est soignée.

C'est comme quand ils nous posent des questions personnelles, ça dépend du contexte, je pense qu'il peut y avoir aussi un lien de confiance qui peut s'installer, donc bien sur on n'est pas là pour raconter notre vie aux patients, mais si c'est lors d'un entretien il faut savoir le rediriger

et mettre cette distance là. Alors, encore une fois, mettre une distance ça ne veut pas dire être froide et désagréable. Moi ça m'est déjà arrivé qu'un patient me demande si j'ai des enfants, j'ai répondu oui, mais après, voilà, ça s'arrête là, ce n'est pas parce que c'est une question personnelle qu'il faut répondre direct : « ça ne vous regarde pas ! ». Mais bon il faut quand même se méfier parce que s'il demande « vous habitez où ? » et tout, là c'est dangereux. Après, il peut y avoir des patients pervers, donc il faut aussi se méfier de ce que l'on peut dire, mais encore une fois : tout est dans l'observation, dans l'état clinique du patient, pourquoi il souffre, ...

D'une, à l'arrivée on ne va pas tutoyer le patient, de deux, on ne va pas lui demander beaucoup de renseignements sur sa vie privée, lui non plus. Et si c'est le cas, là, il doit être recadré d'emblée, sans être froide. Je pense qu'il faut vraiment le remettre à sa place, et nous à la notre, on n'est pas là pour faire copains-copains avec les patients.

Mais attention, ce n'est pas une relation comme à l'école entre un prof et un élève, il n'y a pas de hiérarchie, mais il faut quand même obligatoirement une distance, sinon on rentre dans du grand n'importe quoi et on se tutoie donc ça rapproche automatiquement. Et je pense qu'après tu ne pourras pas avoir la même prise en charge avec quelqu'un que tu considères comme proche, que avec quelqu'un avec qui tu gardes la distance, parce que bien sur les personnes nous renvoient beaucoup de choses, que ce soit sur notre vie privée, sur notre expérience, ou sur plein de choses. Les patients nous renvoient ça, et du coup si tu rentres là-dedans, et que tu rentres dans une relation proche, tu n'auras plus du tout la même prise en charge, et puis pour couper après à l'extérieur, ça va être encore plus compliqué.

Bien entendu, il nous arrive d'être touchés par certains patients, et ça nous arrivera encore. Il faut donc mettre en place nos mécanismes de défense à nous aussi. On est soignants mais on a nos propres mécanismes de défense. D'ailleurs quand tu sens que tu es trop touchée par son histoire, il faut mettre la distance tout de suite, de un, en prenant du recul, de deux, il faut que tu passes le relais, parce que justement, quand ça te rappelle trop de choses de ton histoire personnelle, il faut savoir se détacher de la prise en charge, parce que dans ce cas là ça va être des contre-transfert sur contre-transfert, car on peut entrer dans la vie personnelle du patient, et, en ça, tu n'es plus soignante, parce que c'est justement là où tu peux dévoiler des choses de ta vie personnelle, alors qu'on n'est pas là pour raconter sa vie.

En psychiatrie il y a beaucoup de choses qui peuvent nous perturber, nous choquer, et en psychiatrie notre outils de travail c'est nous même, donc du coup on va forcément être dans l'échange avec nos collègues, parce que, parfois, c'est notre seul recours pour lâcher un peu et pour souffler, et quand il y a des choses qui nous touchent trop il faut savoir les dire, parce qu'après c'est un engrenage, donc je pense qu'au bout d'un moment, dire à nos collègues « là

j'ai beaucoup de mal avec ce patient » car on peut être gêné par ce qu'il nous renvoie ou par d'autres choses, sans même se justifier auprès des collègues, et puis après reprendre et analyser pourquoi on a du mal. Mais bon, je pense que si on évite tous les patients c'est que dans sa tête on n'est pas bien non plus.

Il y a aussi la blouse forcément, c'est évident ! C'est pour ça que par moments, lorsque tu travailles en extra-hospitalier, quand il n'y a pas cette blouse, notamment à domicile, je ne veux pas dire qu'il n'y aura pas de distance professionnelle, au contraire, mais elle sera différente. Donc pour nous, en intra-hospitalier, la blouse fait une « barrière » d'entrée de jeu, même quand on va dans le parc. Ici c'est un service en continu, un service d'entrées, on est là pour gérer la crise. On peut quand même faire des accompagnements à l'extérieur pour les accompagner à leur domicile ou lors d'une consultation, et dans ces cas là, quand on sort à l'extérieur on ne garde pas la blouse, sauf dans le parc. C'est pour éviter le regard des gens. Par exemple, si on accompagne un patient chez le coiffeur, on ne va pas arriver chez le coiffeur avec notre blouse blanche, c'est pour éviter de lui coller directement une étiquette de patient.

Ensuite, au niveau de l'âge, au début avec les personnes de mon âge, j'avais un petit peu de mal parce que, par exemple avec les personnes autistes, se sont des personnalités infantiles. D'ailleurs, souvent ils tutoient d'emblée les soignants, donc moi j'avais beaucoup de mal à garder la distance. Mais encore une fois si le patient se sent plus en confiance lorsque tu le tutoies, je ne vois pas pourquoi on le vouvoierait. Voilà c'est aussi à nous de juger. Si on vouvoie parce qu'il faut garder la distance et qu'au final ça perturbe le patient, bah, ça n'a aucun intérêt !

D'autre part, parfois il arrive qu'il y ait des hommes qui soient dans la séduction, mais encore une fois, je pense que si, du départ, tu mets cette distance là, y'a beaucoup moins de séduction de leur part. Tu dois instaurer cette distance dès l'entrée du patient, sans être froide. C'est la difficulté. S'il y a un patient qui arrive et qui a le même âge que moi, ce n'est pas pour ça que je vais le tutoyer. Au début c'est très difficile de dire « vous » à quelqu'un qui a son âge, ça c'est sur, mais encore une fois, on n'est pas là pour se comparer au niveau de l'âge. Moi je suis là en tant que soignante, lui est un patient, et c'est pas parce qu'il a le même âge que moi que je vais le tutoyer, loin de là. Avec ça, au début, j'avais un peu de difficulté, mais maintenant plus du tout. Car au début, tu as du mal à rentrer dans ton statut et à te positionner en tant que professionnelle. Et au fait, pour la séduction de toute façon ça peut très bien être un homme plus âgé que moi aussi, c'est même très souvent le cas, car je suis jeune, donc voilà. Là, on recadre la personne, sinon il peut croire qu'il y a possibilité, et il faut aussi se méfier des patients qui font des délires érotomaniaques, là tu auras beau être « froide/distante », s'il a le béguin pour toi, tu auras beau mettre cette distance, il l'aura toujours de toute façon et son délire tournera autour de

toi. Dans ce cas là, il faut absolument passer le relais aux collègues car ce ne sera plus possible de le prendre en charge.

2. Quels sont les éléments qui la mettraient en échec ?

Dire « mettre en échec » c'est lourd quand même.

Ca peut parfois arriver quand tu connais la personne avant l'entrée dans le service, ça arrive. Surtout que la psychiatrie est sectorisée, donc tu peux tomber sur un patient du secteur où tu habites, que tu connais en dehors. Dans ce cas là, quand tu connais la personne d'entrée de jeu, tu ne la prends pas en charge, mais parfois tu n'as pas le choix, donc tu mets tout de suite au clair. Mais bon ça dépend aussi de comment tu la connais : soit tu la connais très bien , soit c'est une connaissance, donc tu poses les choses dès le départ.

Moi ça m'est arrivé d'avoir une ancienne prof à moi, qui me tutoyait à l'époque quand j'étais élève, et moi je la vouvoyais. Elle a commencé par me tutoyer et moi je lui ai dit « là, si ça ne vous dérange pas, je suis soignante, donc j'aimerais bien que l'on garde le vouvoiement parce que nous sommes là pour vous aider, et vous êtes là pour vous faire soigner ». Et elle me répond « mais moi ça m'est impossible de vous vouvoyer. ». Et en me disant ça elle m'a vouvoyé, donc je lui ai dit « bah, si vous pouvez, vu que vous venez de le faire ! ». Et après, ça a été. Mais bon, ça restera toujours compliqué avec le vouvoiement, car tu la connais personnellement à l'extérieur, donc si tu as la possibilité de ne pas intervenir dans la prise en charge, ne le fais pas. Car si c'est toi qui la prends en charge, ça ne sera pas la même prise en charge, car tu auras forcément un jugement, vu que tu la connais déjà.

Un autre élément qui pourrait mettre en échec la distance pro, c'est comme je t'ai dit tout à l'heure, si on ne cadre pas direct dès l'entrée du patient. Si le patient nous rappelle quelqu'un de notre entourage, si cette personne nous touche plus particulièrement, de toute façon tu le sens d'entrée de jeu, son physique ou sa façon de parler. Enfin j'en sais rien. Mais si d'entrée de jeu, tu sens que ça va être difficile, ça va être beaucoup plus compliqué de mettre cette distance là. Donc soit tu es au clair avec ce que te renvoie le patient : « tiens lui, il me renvoie mon père ou mon grand père ». Et que du coup, toi, tu as eu des soucis personnellement, et tu te dis « il me fait penser à lui mais ce n'est pas lui , c'est un patient. ». Moi ça me l'a déjà fait mais voilà, je me pose deux secondes, je me dis : « qu'est ce qui me fait penser à cette personne ? ». Et après, au fil du temps, dans la prise en charge, ça en découle tout seul. Et si, dès l'entrée, tu fais copain/copain avec le patient, car des fois on est dans l'humour, et l'humour il faut essayer de le doser , ce n'est pas parce qu'on est soignant qu'on n'a pas le droit de plaisanter, et en même

temps on peut plaisanter sans être dans le trop, car on est quand même au travail donc on n'est pas là pour faire les zouaves.

L'humour faut vraiment savoir le doser ; par moments ça peut permettre de détendre la personne ET à d'autres moments ils peuvent penser que tu te fous de leur figure. Il faut faire attention car pour certains l'humour peut être une sorte d'ouverture : ils se disent « tiens, elle rigole avec moi, c'est que ... ».

C'est pareil toi le patient peut te renvoyer des choses , mais nous en tant que soignantes on peut renvoyer des choses aux patients, donc c'est le transfert et contre-transfert. Voilà, c'est à peu près bon.

3. Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la distance professionnelle ? Si oui, en quoi ? si non, pourquoi ?

La question est un peu mal posée (rires) , mais bon, j'ai compris.

Oui oui , l'expérience peut avoir un impact. Par exemple, moi en tant que stagiaire, ça m'était très difficile, et pas qu'en psychiatrie. Par exemple là j'ai une anecdote avec une patiente que je devais prendre en charge, et en plus j'avais une MSP la concernant. C'était en chirurgie, et elle avait exactement mon âge, on était du même mois , enfin bon c'était assez impressionnant au niveau de son parcours : elle était étudiante, donc voilà c'était assez compliqué. Un jour je faisais son pansement et elle commence à me tutoyer parce que on discutait bien. Tous les jours j'allais la voir, c'était vraiment ma patiente quoi, et c'est que là c'est compliqué parce que je n'ai pas su trop lui dire : « bah non, quand même, faudrait peut-être qu'on se vouvoie. » . Pourtant je ne l'ai pas tutoyé, mais après moi je n'arrivais plus à m'en défaire parce que bon c'était pas ma copine quoi, j'étais là pour la soigner et lui faire des soins. Donc oui je pense que quand tu débutes dans la profession ce n'est pas facile.

Après, l'âge, faut le prendre en compte aussi, je parle de ton âge à toi : quand on est jeune et que les patients nous prennent parfois ou souvent pour des gamines, ce n'est pas évident.

A ce jour je suis encore jeune, mais avec l'expérience, maintenant, il m'est beaucoup moins difficile de vouvoyer quelqu'un de mon âge que ça l'était il y a 3 ans.

Donc voilà comme on dit c'est avec de la bouteille quoi. On peut avoir fait « l'erreur », enfin pas l'erreur, mais parfois « échoué » dans certaines prises en charge parce que je n'avais pas réussi à mettre cette distance, alors que maintenant, avec un cas similaire, je pense que il n'y aurait pas de problème, car j'aurais déjà fait l'erreur une fois, donc on grandit avec nos erreurs.

Du coup je pense qu'il n'y a pas de différence entre les services de psy et de médecine, car pour moi la distance professionnelle, que ce soit dans tous les services, je la vois dans ton

POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL , déjà rien que ca.

Si tu arrives dans un travail et que tu ne sais pas quel est ton rôle, quelle est ta place, déjà c'est sur que tu n'arriveras pas à mettre une bonne distance avec tes collègues et la hiérarchie. Et encore une fois, je ne dis pas ça parce qu'il faut être froide et complètement distante, car sans parler des patients, c'est pareil avec les cadres, les médecins, avec certains collègues, certains médecins, tout ça. Il peut y avoir un tutoiement qui est mis en place, ça ne veut pas dire pour autant que je ne suis plus infirmière et qu'elle n'est plus cadre ou médecin ou vice versa, non tu peux cadrer une personne sans pour autant te rapprocher d'elle, et ce n'est pas parce que tu vouvoies une personne que tu vas forcément être plus éloignée d'elle. Je pense sincèrement que c'est à toi de le faire dans ton positionnement de professionnelle. Et puis bien sur, si tu crées des liens avec tes collègues, tu ne vas pas les vouvoyer, il faut aussi savoir travailler intelligemment, mais bon, moi personnellement, je trouve quand même très important de garder le vouvoiement avec les médecins.

Moi, j'ai fait un stage en psychiatrie à Lyon au Vinatier, dans un service de psychotiques chroniques et notamment déficitaires. Il y avait une dame de 50 ans avec l'âge mental entre guillemets d'une enfant, et les soignants la tutoyaient tous, donc d'entrée de jeu quand je suis arrivée je n'arrivais pas à la tutoyer, j'avais beaucoup de mal, parce que elle, quand elle me voyait arriver, elle ne me connaissait pas (ils se réfèrent beaucoup à ça les patients déficitaires). Donc vu qu'elle ne me connaissait pas, et qu'en plus je la vouvoyais, c'était très très compliqué au début avec elle, et puis petit à petit , accompagnée par les soignants, un jour on s'est tutoyées et après le lien de confiance s'était installé, c'était pas pareil quoi. Donc voila, pour moi, ça doit rester du bon sens : tu es professionnelle donc à toi de mettre ta bonne distance, mais c'est sur que ce n'est pas évident et que ça pose question, ça c'est sur.

Après, la différence qu'on peut trouver avec les autres services (chir ou médecine), c'est que tu as des collègues qui eux aussi ont une certaine expérience, donc tu peux échanger sur beaucoup de choses, notamment si tu as un souci avec un des patients. Je pense que c'est vraiment primordial d'en parler, et connaître aussi le positionnement de tes collègues, savoir échanger, ça te permet vraiment de t'aider à te faire une opinion.

Ton outil de travail en psy c'est toi-même donc si déjà tu as beaucoup de mal avec toi-même, je ne dis pas qu'il faut faire une psychanalyse sur soi-même mais je crois qu'il faut être bien dans ses baskets, et c'est en ça ou ce serait peut être différent des autres services. Je veux dire que, en chirurgie, ton patient tu ne vas pas lui demander comment il est dans sa tête. Alors qu'en psychiatrie tu veux savoir qu'est ce qu'il y a dans sa vie qui va mal, et il y a tellement de choses qui rentrent en compte, c'est peut-être là où c'est plus difficile en psychiatrie.

Au fait, tu sais quoi ? J'ai fait mon mémoire sur « la bonne distance relationnelle en psy », c'était il y a 3 ans donc on oublie vite (rires). Enfin tu verras, mais après tu vois avec le recul et avec l'expérience, maintenant que je suis professionnelle, ça va nickel. J'avais insisté sur le positionnement parce que, dans mes deux situations, j'étais étudiante, donc j'avais l'impression que c'était beaucoup plus difficile en tant qu'étudiante de te positionner parce que tu n'as aucune expérience, tu es là pour apprendre, tu as le statut de stagiaire. Voilà il y avait énormément de choses qui rentraient en compte, et du coup, dans mes situations, j'avais l'impression qu'en tant que stagiaire on était plus facilement copain copines avec les patients et que j'allais avoir du mal après, une fois diplômée, car on est diplômée d'un jour à l'autre. Donc ce n'est pas parce que tu as le diplôme en poche que ça change grand-chose pour toi (rires). Mais après, aux yeux des autres si, mais tu vois, maintenant, avec le recul, ça va. Mais en même temps, je pense que ça pose beaucoup de questions en tant qu'étudiant, c'est un peu le flippe d'être diplômé et d'arriver à se dire « maintenant j'ai toutes les responsabilités sur moi et comment je vais pouvoir gérer ça ? ». Je pense que c'est normal, mais tu vois maintenant je pense qu'il ne faut pas hésiter à en parler. Voilà.

Annexe VI

Tableau

Apports pratiques grâce aux professionnelles de terrain	Idées ressorties
<p><u>Présentation :</u></p> <p>Regroupement des réponses apportées par les 3 entretiens avec les infirmières.</p> <p><i>Question 1 : Quels sont les éléments qui vous permettent d'établir une distance professionnelle ?</i></p> <p><i>Question 2 : Quels sont les éléments qui mettraient en échec la DP ?</i></p> <p><i>Question 3 : Selon vous, l'expérience professionnelle a-t-elle un impact dans l'établissement de la DP ? Si oui, en quoi ? si non, pourquoi ?</i></p>	<p><u>Présentation :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Chercher les points communs et les différences selon les mêmes thèmes- Comparer ces idées avec mes recherches bibliographiques- Trouver des 1ères pistes de concepts avenir
<p>Tout d'abord, pour établir cette juste distance, ce qui revient en 1^{er} dans les entretiens c'est : notre statut de professionnelles en tant que soignantes.</p> <p>si l'infirmière n'a pas une attitude et une posture professionnelle, la distance relationnelle en sera mise à mal, donc elle doit toujours garder en tête qu'elle est là pour soigner des malades en souffrance psychique.</p>	<p>Statut de professionnelle</p>
<p>L'infirmière doit être garante du cadre. Notre position d'infirmière permet, dès l'entrée du patient, de poser un cadre clair et sécurisant, en soulignant les objectifs de la prise en charge ou de l'hospitalisation, ainsi que notre rôle de soutien et d'aide à son égard.</p> <p>Un élément qui peut nuire à cette distance, c'est le fait de ne pas poser de cadre d'emblée, et de ne pas être clair avec le patient et avec soi-même.</p> <p>Cela ne va pas le sécuriser dans un espace sur et contenant qui est le lieu de soin, il ne va pas connaître les limites du cadre et ça peut engendrer des dérives d'ordre relationnel.</p>	<p>Cadre</p>

<p>Il faut poser les choses, lui dire que le secret professionnel sera respecté, qu'il peut exprimer sa souffrance, dire tout ce qu'il veut car c'est un temps uniquement pour lui.</p>	<p>Un temps pour lui</p>
<p>Une seule soignante a évoqué brièvement la blouse comme élément pouvant contribuer à cette distance, puisqu'elle marque une <u>barrière physique</u> dès l'arrivée du patient, mais étant donné que les 2 autres soignantes n'en portent pas et qu'elles n'ont aucune difficulté avec cette distance, on pourrait en « conclure » que la blouse n'est pas un élément indispensable mais seulement une aide.</p>	<p>blouse</p>
<p>ce qui est amené par les professionnelles interrogées, c'est la notion du vouvoiement et du tutoiement. Il apparaît que l'utilisation du vouvoiement et du nom de famille soit fortement privilégié et conseillé dans la plupart des cas pour les adultes, mais que cela dépend aussi des pathologies des patients et bien sûr de leur âge. En effet, pour les enfants, les adolescents, les personnes autistes, démentes, ou psychotiques graves en période de délire, il faut d'abord savoir pourquoi elles tutoient, et ne pas forcément les recadrer si cela n'entrave pas la prise en charge.</p>	<p>Vouvoiement et tutoiement ; Différence en pédopsy</p>
<p>il y a aussi une relation soignant-soignant. D'ailleurs, une des trois infirmières fait un parallèle avec le vouvoiement entre infirmières/médecins et entre infirmières/patients, qui, dans les deux cas, est une mise à distance nécessaire pour éviter la proximité et pour ne pas mélanger les rôles et les statuts de chacun.</p>	<p>Distance IDE/médecins vouvoiement</p>
<p>Il y a aussi la distance physique qui a été légèrement évoquée par deux professionnelles, lorsqu'elles travaill(ai)ent en pédopsy, mais la proximité physique ou la façon de dire bonjour n'a pas posé problème donc ça n'a pas été développé.</p>	<p>Distance physique différence avec pédopsy</p>
<p>il est nécessaire de recadrer si c'est un patient du même âge qui tutoie l'infirmière, car il ne faut pas faire 'copain-copain' entre soignants et soignés, sinon, il peut y avoir une confusion entre relation amicale et relation professionnelle.</p>	<p>Même âge Copain-copain Relation soignant-soigné = professionnelle, non amicale, ni</p>

<p>De plus, ceci peut engendrer une sorte de séduction dont il faut se méfier et recadrer sans être « ni froide ni désagréable », en rappelant le statut de chacun et que c'est un lieu de soin. En effet, il est aussi important de savoir doser l'humour et être 'subtile' car le patient peut percevoir cela comme de la séduction ou bien de la moquerie.</p>	<p>séduction</p>
<p>- elles ont aussi remarqué toutes les trois, que la distance est toujours plus compliquée à conserver avec les patients chroniques ; même avec l'expérience, du fait de leur longue durée d'hospitalisation ou à répétition qui engendre une très bonne connaissance des patients, mais aussi des soignants, ce qui peut mettre à mal les limites entre relation thérapeutique et relation amicale avec le temps. il est donc nécessaire de recadrer si c'est un patient chronique qui tutoie car il « s'installe » ou qu'il sympathise avec les infirmières.</p>	<p>difficulté avec les patients chroniques, distance plus compliquée</p>
<p>Il en est de même pour les questions personnelles posées aux infirmières. Les soignantes interviewées m'ont expliqué y répondre en fonction du contexte, c'est -à-dire : si c'est bref, sans trop de détails, et dans le but d'installer une relation de confiance, c'est envisageable, et si ce n'est pas dangereux pour leur vie privée et leur intimité. Dans le cas contraire, il faut se méfier et se protéger en ne répondant pas aux questions, pour mettre des limites fermes et ne pas se laisser « intruser ».</p> <p>ce qui peut mettre en échec la bonne distance soignant-soigné , c'est quand l'infirmière connaît la personne avant l'entrée dans le service.</p> <p>Elles ont du coup une relation non professionnelle dès le départ, il faut donc éviter de prendre en charge ce patient car il fait partie de la vie privée du soignant, à moins d'être très clair tout de suite avec lui, mais ceci reste compliqué à gérer.</p>	<p>Questions personnelles aux IDE, Protéger sa vie privée</p> <p>Problème quand patient déjà connu dans vie privée, il faut passer relais car pas bonne distance</p>
<p>Il ne faut pas faire de « mélanges d'histoires » entre la sienne et la notre, et surtout ne jamais dire « je l'ai vécu » ou « je me mets à votre place », ni faire 'copain-copain' avec le</p>	<p>Pas de mélange d'histoire,</p>

<p>patient en sympathisant, et en croyant faire une alliance thérapeutique de cette manière là.</p> <p>En effet, il y a une différence entre empathie sympathie et compassion, qu'il est important de ne pas confondre pour rester aidant.</p>	<p>différence : empathie, sympathie, compassion</p>
<p>Au fur et à mesure on trouve une empathie plus adaptée, c'est-à-dire un équilibre entre ni trop ni pas assez, entre compassion et trop de distance, pour éviter un épuisement affectif et émotionnel, qui peut nuire progressivement à la qualité de nos prises en charge.</p>	<p>Empathie, compassion, Eviter épuisement émotionnel pour qualité du soin</p>
<p>Un autre élément qui pourrait ainsi mettre en échec la distance c'est le fait de ne pas maîtriser ses émotions, de les projeter sur le patient et de s'effondrer avec lui.</p> <p>Il est donc nécessaire de bien se connaître soi-même, connaître ses réactions, son mode de fonctionnement, et savoir analyser ses émotions pour ainsi mieux écouter et aider le patient</p> <p>- Ne plus se laisser envahir par leurs émotions et par certains patients, car en psychiatrie on travaille beaucoup avec les émotions des patients, et au fur et à mesure on arrive à maîtriser nos propres émotions pour être de meilleurs aidants.</p> <p>Selon elles, pour être infirmière en psychiatrie et trouver cette juste distance, il faut se connaître soi-même un minimum, connaître ses limites, et aussi parce que les patients nous renvoient beaucoup de choses (transf/contretransfert)</p>	<p>Emotions Et se connaître soi même</p> <p>Emotions à maîtriser</p> <p>Se connaître soi-même avant</p>
<p>D'autre part, lorsqu'il se produit un phénomène de transfert et de contre-transfert, c'est –à-dire que le patient nous touche particulièrement car il nous renvoie des choses, et que le soignant renvoie aussi des choses au patient, il vaut mieux s'en rendre compte vite afin d'analyser la raison, et de laisser pour qu'il n'y ait pas de répercussion sur la distance adéquate et bien sûr sur la prise en charge</p>	<p>Transfert et contre-transfert</p>

<p>une professionnelle interrogée a aussi souligné le fait qu'on doit garder cette distance dans n'importe qu'elle situation, mais dans certains cas, comme lors d'épisode de violence, d'agressivité, et de décompensation délirante, il est plus difficile de la maintenir car gérer la crise rapidement paraît alors être la priorité du moment ; mais elle est pourtant indispensable à chaque instant de la prise en charge, il faut simplement s'adapter à la situation.</p>	<p>Distance à tout instant, même quand violence</p>
<p>en psychiatrie , on analyse tout, et plus rapidement car c'est un travail continu pour faire de meilleures prises en charge. L'analyse des comportement des patients mais aussi de nos propres ressentis de soignants, comme lorsqu'on préfère un patient, qu'on s'y attache, qu'il y a transfert et contre-transfert, ... L'attachement aux patients devient ainsi beaucoup plus serein avec le temps.</p> <p>les infirmières s'attachent parfois aux patients, parce qu'en psychiatrie l'outil de travail c'est elles-mêmes, mais, grâce à l'expérience professionnelle, elles arrivent à prendre du recul, , à ne plus y penser en rentrant chez soi, et avoir un attachement serein</p>	<p>Analyse tout</p> <p>Attachement</p>
<p>On analyse donc toutes les situations, soit en supervision avec un psychologue extérieur au service, soit en équipe pour justement mettre des mots dessus et éviter cette proximité avec des patients, on s'aide donc aussi de l'expérience de nos collègues, et on s'analyse soi-même.</p> <p>Il faut donc savoir analyser, échanger avec ses collègues sur ses ressentis, et surtout si nous sommes trop touchées, accepter de passer le relais de la prise en charge, avant d'être envahi et de ne plus être aidant pour le patient.</p> <p>En effet, toutes les trois insistent sur l'importance du travail d'équipe qui est très important, car elles peuvent compter les unes sur les autres, en attendant d'analyser « le problème ».</p>	<p>Supervision</p> <p>Travail d'équipe, communication et échange , analyse, avec les collègues</p>
<p>D'après leur propre expérience, celle-ci s'acquiert petit à</p>	<p>Expérience aide petit a petit,</p>

<p>petit, quand elles étaient stagiaires et plus jeunes, la distance et le positionnement professionnel étaient au départ difficile, mais elles ont appris, toutes les 3, grâce à leurs « mentors » des infirmiers psy qui les ont conseillé et accompagné, puis avec leur propre expérience professionnelle.</p>	<p>pour positionnement pro et distance pro</p>
<p>Les 3 ont répondu Oui sans aucune hésitation.</p> <p>Avec leur expérience, plus ou moins longue (3 à 30 ans), la mise en place de la bonne distance est devenue claire pour elles, et elles savent comment l'établir, grâce, selon leurs dires, à leurs « erreurs » de non distance professionnelle, ce qui a été dommageable et qui a conduit à des échecs de prise en charge.</p> <p>Elles ont pu rectifier ceci petit à petit avec l'expérience qui leur a permis beaucoup de choses</p>	<p>l'expérience joue un rôle dans la distance professionnelle</p> <p>La bonne distance ça s'apprend</p>
<p>- positionnement pas évident , voire même difficile, se rappellent les infirmières interrogées, lorsqu'elles étaient stagiaires et âgées d'une vingtaine d'années. Elle parlent de la difficulté de se positionner en début de carrière ou en tant que stagiaire, d'être prise au sérieux et de ne pas être considérées comme des « gamines », car elles n'avaient pas d'expérience, ni de maturité professionnelle.</p>	<p>Difficulté positionnement au début,</p> <p>Manque d'expérience et de maturité professionnelle</p>
<p>- En effet, pour acquérir la juste distance, elles sont toutes les trois convaincues que ceci dépend presque entièrement de son propre positionnement professionnel, et que tout dépend de celui –ci. Avec le temps et l'expérience, la maturité et l'attitude professionnelle viennent grâce au statut de professionnelle, d'infirmière, de soignante, et des responsabilités du métier. Elles prennent conscience de leur statut, de leur rôle, et de leur place, et ont toujours en tête qu'elles sont là pour soigner des patients en souffrance psychique ; ce qui leur permet ainsi d'acquérir une meilleure facilité pour recadrer sans difficulté.</p>	<p>Positionnement professionnel,</p> <p>Avec : temps, expérience, maturité pro, attitude, statut pro, responsabilités, ...</p>
<p>D'autre part, elles ont toutes les trois un avis différent sur le fait que cette distance soit plus difficile ou plus facile à établir</p>	<p>Distance prof différente entre psychiatrie et autres</p>

en psychiatrie que dans les autres spécialités. L'une trouve que c'est plus facile en psy, la 2^{ème} pense qu'il n'y a pas de différence, et la 3^{ème} que c'est plus dur. Cela est donc propre à chaque personne.

spécialités ??

Annexe VII

Auteurs de références

que j'ai choisis

_ J'ai sélectionné cet auteur car il a écrit deux ouvrages sur la distance dont je me suis beaucoup servis, et aussi en raison de sa formation professionnelle.

PRAYEZ Pascal:

Consultant-formateur indépendant en milieu sanitaire et social (depuis 20 ans). Docteur en psychologie clinique et sociale. Psychothérapeute. Auteur de plusieurs livres et articles croisant les thèmes de la motivation des soignants et de la juste distance dans le contact.

_ J'ai sélectionné cet auteur car je me suis servie de deux de ses ouvrages sur le métier d'infirmier en psychiatrie, et en rapport avec son expérience professionnelle de terrain.

MERKLING Jacky:

IDE en santé mentale pendant 15 ans, cadre supérieur de santé, formateur en IFCS en centre psychothérapeutique, titulaire d'un master de management des établissements sanitaires et sociaux. Auteur de 4 ouvrages sur les IDE en psy.

_ J'ai sélectionné cet auteur car son livre « L'infirmier en psychiatrie, Les grands principes du soin » est un incontournable dans la profession, et beaucoup d'infirmières psy dans mes stages m'ont conseillé de le lire. Il a aussi une carrière professionnelle très impressionnante.

MORASZ Laurent :

Psychiatre et psychanalyste à Lyon. Parallèlement à son activité de psychothérapie, il dirige l'institut de formation continue Anaxis Santé où il exerce son activité d'enseignement auprès des professionnels de soin psychique. Il a déjà publié 4 ouvrages sur les soignants en psychiatrie.

_ J'ai hésité à mettre cette auteure dans la liste, mais vu l'intérêt de son livre et sa formation qui est différente des autres, je me suis dit qu'il fallait varier le type des auteurs de référence.

TROUCHAUD Marie-Jeanne:

Elle a été enseignante, puis formatrice en relations humaines, et est désormais en priorité thérapeute. À 60 ans, curieuse et exploratrice de l'extraordinaire complexité de l'être humain, elle a un parcours rare, riche, et des connaissances pour comprendre et accompagner.

Sa formation : en France et au Québec

Elle anime depuis 23 ans des stages de formation professionnelle pour travailleurs sociaux et intervient auprès d'équipes professionnelles sur les thèmes suivants : confiance en soi, écoute, gestion de la violence, emprise et perversité, travail en équipe, management d'équipe, aide à la parentalité....

_ Cet auteur a écrit en tout 22 ouvrages sur la psychiatrie et le métier d'infirmière, et son parcours professionnel est aussi impressionnant. De plus, il est expert à l'HAS il est forcément très qualifié.

BIOY Antoine :

Maître de conférences en psychologie clinique, il exerce au laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale de l'université de Bourgogne.

Il est aussi psychologue clinicien et hypnothérapeute au sein de l'unité de prise en charge des douleurs et des soins palliatifs du CHU Bicêtre. Il est expert pour l'HAS.

_ J'ai sélectionné cette auteure car elle est infirmière à la base et qu'elle connaît bien la réalité de ce métier et de la formation des étudiants IDE.

WENNER Micheline :

Infirmière, titulaire d'un doctorat de 3e cycle en sociologie des organisations (Paris IX, 1987), elle exerce des fonctions de directrice d'école d'infirmières. 5 ouvrages sur le métier d'infirmière.

_ J'ai sélectionné cet auteur, car bien que je n'ai pas trouvé de biographie le concernant, j'ai quand même trouvé qu'il a écrit plus de 16 articles sur le soin en psychiatrie, donc il doit sûrement avoir une bonne connaissance du milieu. Et j'ai trouvé l'un de ses articles très enrichissant pour mon mémoire.

TOUZET Patrick

ABSTRACT

La juste distance en psychiatrie : « pas trop chaud, pas trop froid, mais de grâce pas tiède ! » Ce titre explique que l'infirmière doit trouver un juste milieu entre froideur et chaleur humaine, pour établir une distance professionnelle dans la relation thérapeutique. Elle doit maintenir cette distance dans le lien créé entre elle et une personne hospitalisée pour des troubles psychologiques ou psychiatriques.

La particularité de la psychiatrie dans cette problématique, la gestion des émotions de l'infirmière dans la relation soignant-soigné, et le rôle de son positionnement professionnel, sont les thèmes principaux de ce mémoire.

La question centrale de mon projet de recherche s'intitule finalement comme ceci : **« Dans quelle mesure, le positionnement professionnel de l'infirmière, influence –t-il la distance relationnelle avec un patient adulte en service de psychiatrie ? »**. Je voulais élucider cette notion abstraite de « juste » ou « bonne » distance, et sa difficulté supplémentaire, avec des patients de ma génération, qui souffrent de psychopathologies.

Pour réaliser ce travail, j'ai effectué plusieurs étapes dans ma méthodologie. Tout d'abord, j'ai interrogé des professionnelles de terrain concernées par ce sujet, puis j'ai comparé leurs réponses avec mes lectures, pour confronter et synthétiser les données. J'ai ensuite crédibilisé ma démarche de recherche dans une partie théorique nommée cadre conceptuel.

Pour finir, j'ai émis une hypothèse pour répondre à la question centrale, mais pour la connaître, à vous de la découvrir par vous-même ... en lisant ce travail !

Les mots clefs sont :

Psychiatrie / juste distance / relation soignant-soigné / émotions / positionnement professionnel