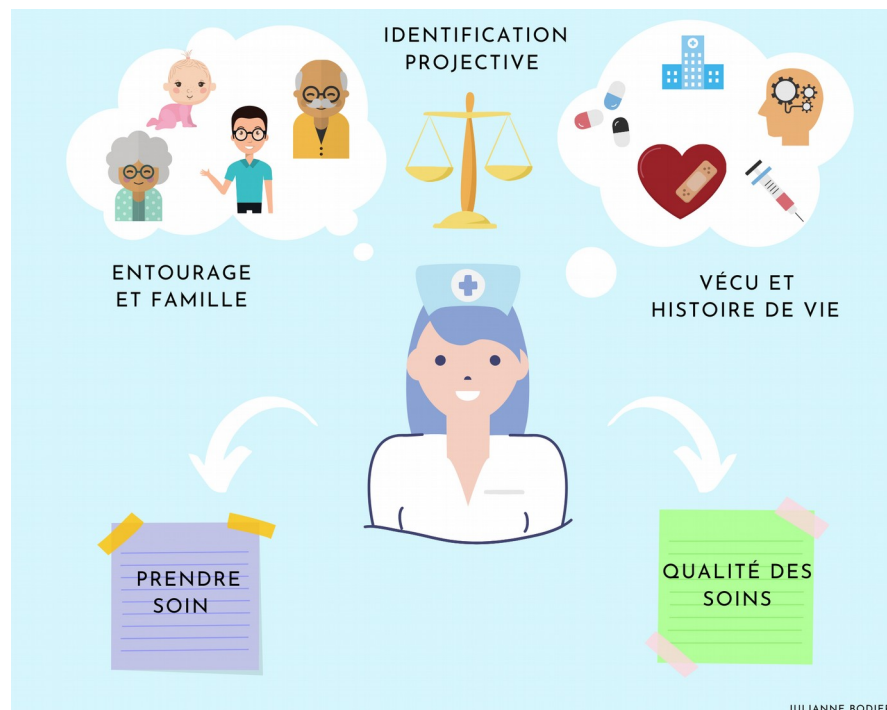




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes  
2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière: En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins?**



Formateur référent mémoire : Erwan MASSON

BODIER Julianne  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021

10 mai 2021

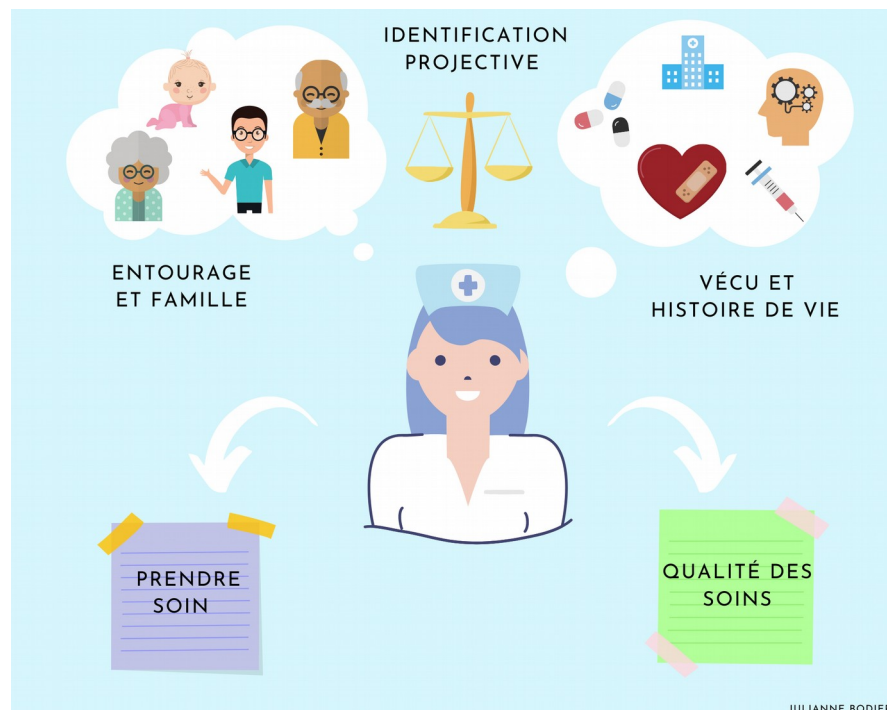




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes  
2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière: En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins?**



Formateur référent mémoire : Erwan MASSON

BODIER Julianne  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021

10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Formation infirmières  
Promotion 2018-2021

4/01/2021

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS

ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État de **BODIER Julianne**

Travaux de fin d'études:

***Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière: En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins?***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

***Le 07 février 2021***

***Identité et signature de l'étudiant : BODIER Julianne***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidée et accompagnée dans la réalisation de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers.

Tout d'abord, je remercie l'équipe pédagogique de mon Institut de Formation en Soins Infirmiers et plus particulièrement mon formateur référent de Mémoire, ainsi que tous les formateurs, pour leur accompagnement dans ma rédaction de fin d'études et tout au long de ses trois années de formation.

Je remercie également les deux infirmières que j'ai interviewées, qui ont pu contribuer à ma démarche de recherche.

Je tiens aussi à remercier mes proches et amis pour leur soutien, leurs relectures et leurs conseils qu'ils ont pu m'apporter.

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1. Situations d'appel et questionnements professionnels</b> .....	2
<i>1.1. Présentation des situations d'appels</i> .....	2
1.1.1. Première situation d'appel.....	2
1.1.2. Deuxième situation d'appel.....	4
<i>1.2. Questionnements professionnels</i> .....	5
1.2.1. Questionnements professionnels face aux situations cliniques.....	5
1.2.2. Émergence de la question de départ.....	6
<b>2. Le cadre conceptuel</b> .....	7
<i>2.1. Le mécanisme de défense de l'identification projective</i> .....	7
2.1.1. Définition du concept de l'identification projective.....	7
2.1.2. L'identification projective dans le soin.....	8
2.1.3. La place des émotions du soignant dans le soin.....	9
<i>2.2. Le prendre soin dans le contexte de l'identification projective</i> .....	11
2.2.1. Définition du prendre soin.....	11
2.2.2. La relation soignant-soigné.....	12
2.2.3. L'alliance thérapeutique : une composante essentielle du prendre soin.....	13
<i>2.3. La qualité des soins : un besoin essentiel pour les patients</i> .....	14
2.3.1. Définition de la qualité des soins.....	14
2.3.2. Les niveaux de qualités des soins.....	15
2.3.3. Les besoins des patients.....	16

2.4. Synthèse des trois concepts.....	17
3. Dispositif méthodologique.....	17
4. Analyse.....	18
4.1. Parcours professionnels des infirmiers interrogés.....	18
4.2. Analyse descriptive.....	19
4.2.1. Le mécanisme de l'identification projective.....	19
4.2.2. Prendre soin dans le mécanisme de l'identification projective.....	20
4.2.3. La qualité des soins.....	22
5. La Discussion.....	23
5.1. L'identification projective : un mécanisme de défense inconscient.....	23
5.2. Laisser place aux émotions dans le soin.....	24
5.3. Prendre soin d'un patient qui fait penser à un proche ou sa situation personnelle.....	25
5.4. Le prendre soin : les fondations du métier d'infirmier.....	25
5.5. La relation soignant-soigné et l'alliance thérapeutique.....	26
5.6. La qualité des soins.....	27
5.7. Les besoins des patients.....	28
5.8. Les impacts du mécanisme de l'identification projective sur la qualité des soins.....	28
5.9. Les solutions envisageables et les attitudes à adopter afin d'appréhender une prise en soin auprès d'un patient où l'identification projective est présente.....	29
<b>Conclusion.....</b>	<b>31</b>

## **Bibliographie et webographie**

## **Annexes**

## Introduction

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou à Rennes, je réalise mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers dans le cadre de la validation de mon Diplôme d'État. J'ai réalisé mes recherches et mon travail sur le prendre soin d'un(e) patient(e) qui fait penser à un membre de l'entourage, ou à une situation personnelle vécue par l'infirmier(e) et l'impact que cela engendre sur la qualité du soin au patient.

Au cours de ma formation, de mes divers remplacements d'été en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, et lors de mes différents stages, j'ai pu rencontrer des patients me faisant penser à un proche, ou à une situation personnelle vécue auparavant. Certaines situations m'ont interpellé, c'est pourquoi je me suis intéressée au mécanisme de défense de l'identification projective.

De plus, j'ai été amené à m'interroger sur l'impact de ce mécanisme, qui peut potentiellement engendrer la qualité du soin au patient, lorsque l'infirmier(e) rencontre une telle situation.

Tout d'abord, j'énoncerai les situations d'appel qui m'ont amené à cette réflexion et à ma question de départ. Je préciserai également le cheminement et les questionnements qui ont permis l'émergence de ma question de départ.

Ensuite, je définirai les concepts qui sont l'essence même de mon mémoire, grâce à mes différentes lectures. Je parlerai dans un premier temps du mécanisme de défense de l'identification projective. Dans un second temps, j'aborderai le concept du prendre soin, dans le contexte de l'identification projective. Dans un troisième temps, j'expliquerai ce qu'est la qualité des soins, un besoin essentiel pour les patients.

Enfin, je réaliserai deux entretiens auprès d'infirmières de deux services similaires, afin de pouvoir échanger avec elles sur leur expérience. Ainsi, j'analyserai ces deux entretiens afin de les mettre en lien avec mon cadre conceptuel et ainsi répondre à ma question de départ.

*"Les mécanismes de défense représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions" (Anna Freud, 1936).*



## 1. Situations d'appel et questionnements professionnels

### 1.1 Présentation des situations d'appels

Ma première situation d'appel se déroule pendant mon stage du semestre 4 en service de Soins de Suite Polyvalents, et la deuxième, lors de mon stage du semestre 5, en service de diabétologie, endocrinologie et nutrition. J'ai pu lors de ces deux situations, me rendre compte de l'impact que mon sujet de mémoire pouvait avoir sur les soins aux patients que j'ai pu accompagner.

#### 1.1.1 Première situation d'appel

La situation d'appel se déroule pendant mon stage du semestre 4 en service de Soins de Suite Polyvalents. Mme D est une patiente âgée de 86 ans. Elle a été hospitalisée le 20/11/2019 dans un contexte de chutes à répétition suite à une décompensation cardiaque. L'équipe a donc pour but de redéfinir son projet de vie. Je rencontre Mme D le premier jour de mon stage. Je suivais ma collègue infirmière pour le premier tour de l'après-midi. Ma collègue infirmière m'explique que cette patiente est hospitalisée ici depuis un moment, et je comprends qu'elle a tissé des liens avec cette patiente, dans la façon dont elle la décrivait et dans la façon de s'exprimer. En rentrant dans sa chambre, j'échange avec la patiente, elle est contente de pouvoir discuter avec les soignants, elle est souriante et commence à discuter avec moi. Je me présente, je lui explique que je suis étudiante infirmière en deuxième année et que je suis en stage pour 10 semaines dans ce service. Je venais dans sa chambre pour voir si tout allait bien, et pour voir si elle avait besoin de quelque chose en ce début d'après-midi. Elle était installée sur son fauteuil et regardait la télévision. Physiquement, Mme D a les cheveux courts et blancs, elle semble très coquette dans la façon de s'habiller et de se coiffer. Elle porte également des lunettes. Elle est assez petite, elle mesure 1m48.

Pendant le stage, je devais prendre en soin un nombre croissant de patients, et pour débiter, ma référente de stage m'a tout de suite proposé de m'occuper de Mme D. Elle m'explique que cela pourrait être intéressant pour moi de prendre en soin cette patiente avec sa pathologie.

Le premier jour où j'ai pu prendre en soin Mme D, c'était le lendemain de cette rencontre que j'avais eu avec elle. Je l'ai accompagné pour réaliser sa toilette au lavabo. Mme D avait des particularités physiques qui, le premier jour où je l'ai rencontré, m'ont fait allusion à ma situation personnelle. J'ai tout de suite fait le rapprochement avec ma grand-mère qui est décédée en 2016,

Mme D me faisait beaucoup penser à elle physiquement, mais aussi dans sa façon de s'exprimer et de se comporter. Elle avait les mêmes traits physiques, les cheveux blancs, la même coiffure et le même style vestimentaire, elle portait des lunettes pratiquement similaires, et concernant la façon

de s'exprimer, il y avait également quelques similarités sur la prononciation des mots par exemple.

Je me suis souvent demandé lorsque je prenais cette patiente en soin, si cela était normal de penser à quelqu'un de notre famille. Même si je considérais cette dame comme une personne extérieure, et que je ne connaissais pas, j'avais en quelque sorte toujours cette petite chose qui me faisait instinctivement penser à ma grand-mère. En effet, il y avait des détails qui changeaient, mais il y avait aussi beaucoup de similitudes, que ce soit physiquement ou mentalement. Je me suis également posé la question si je devais en parler à ma référente de stage de ce ressenti que j'avais, et même en parler à Mme D qui avait toute la capacité de comprendre mon point de vue et mon ressenti.

Quand je prenais en soin Mme D, j'étais contente de pouvoir échanger avec elle et je me suis parfois demandé si je ne prenais pas trop de temps pour m'occuper d'elle. Il est vrai que cette relation que j'entretenais avec cette patiente aurait pu perturber mon avancée dans le stage, j'aurais pu involontairement prendre plus de temps avec elle qu'avec les autres patients, pour la toilette, pour discuter avec elle par exemple, étant donné cette ressemblance avec ma grand-mère qui pouvait me « reconforter » inconsciemment.

Quand je rentrais chez moi après le stage, je réfléchissais à tout cela et je trouvais que j'arrivais quand même à faire la part des choses entre la sphère professionnelle et la sphère privée, mais je me demandais comment cela était possible de prendre en soin un patient qui nous fait penser à un proche. J'ai beaucoup pensé et réfléchi à tout cela pendant mon stage, j'en parlais même avec ma famille et certains de mes amis, afin d'exprimer mon ressenti face à cette situation et avoir leur avis sur la question. Je savais au fond de moi que je n'étais pas la seule à vivre ce type de situation mais je ne savais pas comment réagir face à cela et je n'avais jamais eu la version d'un autre soignant sur ce type de situation.

Durant tout le stage, j'ai beaucoup apprécié le fait de prendre en soin cette patiente car elle était « reconfortante », très agréable avec moi et très touchante. Inconsciemment, je pense que le fait d'avoir fait le rapprochement avec ma grand-mère, me touchait encore plus et me motivait davantage à la prendre en soin. En quelque sorte, je retrouvais en elle, ce que j'avais « perdu » au décès de ma grand-mère.

### 1.1.2 Deuxième situation d'appel

Cette deuxième situation d'appel se déroule lors du semestre 5 lors de mon stage en service de diabétologie. Le patient est âgé de 20 ans. Il est hospitalisé dans le service le 29/09/20 pour découverte de diabète de type 1 sur acidocétose. J'ai fait le choix de demander à découvrir le service de diabétologie lors de ce stage du semestre 5. Étant également diabétique de type 1, je trouvais intéressant de voir le service du côté des professionnels de santé. Le but de l'hospitalisation de ce patient est de stabiliser son diabète et de l'éduquer sur les soins qu'il devra prodiguer à domicile. En arrivant dans le service, nous lui avons posé une pompe à insuline afin de faire baisser au plus vite ses glycémies, puis le 2/10/20, nous lui avons enlevé la pompe à insuline, étant donné que ses glycémies étaient stabilisées, puis les médecins ont choisi de passer son insulinothérapie sous injections. Ce 2 octobre, les médecins nous disent qu'il va falloir poser un FSL (Free Style Libre) à ce patient. Le FSL est un système d'auto-surveillance de la glycémie à l'aide d'un capteur posé sur le bras, cela remplace les glycémies capillaires. Nous avons prévenu le patient le matin, que nous allions poser ce capteur dans la matinée. Ma collègue infirmière me demande si je veux réaliser la séance d'éducation sur la pose de ce matériel. Je lui dis que je me sens capable de le faire, et elle propose de venir avec moi dans la chambre du patient, pour m'assister si besoin. Je rentre dans la chambre de Mr S, il est accompagné de ses parents. Je dis au patient que je viens expliquer le fonctionnement du capteur et que nous allons le poser ensemble. J'explique alors le déroulement du soin, à l'aide de la notice d'utilisation, j'explique les étapes à suivre et le patient réalisait au fur et à mesure les étapes pour installer son Free Style Libre. A la fin, le patient est souriant, il me dit qu'il a compris le fonctionnement et les parents du jeune homme ont l'air d'avoir compris également. Je demande s'ils ont des questions concernant le capteur, et j'essaie de répondre aux mieux à leurs demandes. Ma collègue était à mes côtés et me laissait répondre. Elle finit par quitter la pièce, en me faisant comprendre que je m'étais bien débrouillée.

C'est à ce moment que la mère du patient regarde son fils en lui demandant si ça irait pour effectuer le soin seul, et elle me regarde en me disant que cela n'est pas simple à vivre, le fait d'accepter cette maladie chronique, à son âge. J'étais dans la bienveillance et l'empathie, car 10 ans auparavant, j'étais à la place de ce patient et je savais exactement ce qu'il pouvait vivre et ressentir. J'ai également connu la pompe et les stylos à insuline, ainsi que le Free Style Libre, ce qui m'a permis d'être assez à l'aise pour expliquer au patient et à sa famille le fonctionnement de ce système et de répondre à leurs questions, en étant la plus compréhensive possible. Je n'ai pas dit au patient et à sa famille que j'avais vécu la même chose, car je ne trouvais pas forcément le moment propice à en parler et étant étudiante dans le service, je ne savais pas si j'étais en mesure de parler de mon parcours personnel.

Je me voyais en quelque sorte 10 ans en arrière, sur mon lit d'hôpital, à devoir accepter cette maladie, et voir les parents aussi inquiets et impliqués dans les soins de leur fils, me rappelais tout ce que j'avais pu vivre de mon côté.

Ce qui est gratifiant dans cette situation, c'est de pouvoir aider ce patient grâce à mon expérience et mes savoirs sur cette pathologie, et avec le recul que je peux avoir, je pense avoir assez « maîtriser » le sujet lors de la séance d'éducation. De plus, en sortant de la chambre, ma collègue infirmière qui m'accompagnait, m'a dit que je m'en étais très bien sortie et j'étais en quelque sorte fière de moi, autant pour le soin que j'avais réussi à accomplir, mais également par rapport à cette pathologie qui nous « unissait » tous les deux.

J'ai beaucoup réfléchi sur cette situation, et je me suis demandé s'il aurait été nécessaire de dire que j'étais également diabétique, afin de montrer que je comprenais leurs ressentis, leurs inquiétudes ainsi que leur « peine ». Cela aurait pu montrer que j'étais encore plus sûre de mes explications concernant le dispositif de capteur que nous avons installé sur son bras. L'échange aurait été sûrement différent. Je me suis aussi demandé si cela aurait été bien perçu, autant par le patient, par sa famille mais aussi par l'équipe soignante. Au cours de ce stage, j'ai apprécié le fait de mettre mon expérience au service des autres et je trouve cela vraiment intéressant et gratifiant de pouvoir parler d'un sujet que l'on connaît personnellement.

## **1.2 Questionnements professionnels**

### **1.2.1. Questionnements professionnels face aux situations cliniques**

- Questionnements professionnels concernant la première situation d'appel :

- Est-ce normal qu'un(e) patient(e) puisse nous faire penser à quelqu'un de notre entourage ?
- Peut-on échanger son ressenti avec le/la patient(e) lorsque nous sommes dans cette situation ?
- Est-ce que des soignants ont déjà vécus ce genre de situation ?
- Comment faire la part des choses entre la sphère privée et la sphère professionnelle ?
- En quoi ce genre de situation entre le soignant et le soigné peut il avoir un impact sur la qualité des soins ?

- Questionnements professionnels concernant la deuxième situation d'appel :

- Est-il possible et acceptable de parler de notre propre expérience à un patient concernant une même pathologie ?
- Est-il bénéfique pour un patient d'avoir le ressenti d'un soignant sur une situation similaire vécue ?
- Est-ce que le fait que le soignant parle de sa situation personnelle vécue peut avoir une répercussion sur le soin au patient ?
- En quoi le mécanisme de défense de l'identification projective est présent dans ces deux situations ?

### 1.2.2. Émergence de la question de départ

Lors de ces deux situations rencontrées en stage, j'ai donc pu m'interroger sur le fait qu'un(e) patient(e) nous fasse penser à quelqu'un de notre entourage ou à une situation personnelle vécue. Je me suis donc questionnée en me demandant si cela était normal de se retrouver dans cette situation avec un(e) patient(e), et si d'autres soignants avaient déjà vécu la même chose. Cela m'a amené à l'interrogation suivante : Est-il possible et acceptable d'échanger notre ressenti avec le/la patient(e) concerné(e)? (Sur une pathologie qui nous unit par exemple ou sur une situation similaire vécue par un proche). En ce qui concerne l'impact que cela peut avoir sur la qualité des soins au patient, je me suis interrogé sur le bénéfice que cela peut apporter pour un(e) patient(e) à avoir le ressenti d'un soignant sur une situation similaire vécue, et je me suis demandé par la suite si cela pouvait avoir une répercussion sur la qualité des soins. De plus, je me suis demandé suite à ces questionnements, comment faire la part des choses entre la sphère privée et la sphère professionnelle, et comment y remédier lorsque le soignant se retrouve en difficultés.

J'ai pu alors remarquer que trois grands concepts sont mis en avant dans mes questionnements professionnels, avec le mécanisme de défense de l'identification projective qui fait référence à mes deux situations, le prendre soin dans le contexte d'identification projective, ainsi que le concept de qualité des soins.

Ainsi, ces questionnements m'ont amenés à la réflexion suivante et à ma question de départ: **«Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ?»**

Suite à ce questionnement, je souhaiterais comprendre comment le soin à un patient peut être impacté par le vécu ou l'histoire de vie de l'infirmier(e), en tirant les points bénéfiques et

néfastes que cela peut engendrer sur le patient. L'objectif étant d'assurer un soin de qualité au patient, tout en préservant le bien-être du soignant dans la relation soignant-soigné, en fonction de la situation dans laquelle celui-ci se trouve.

## 2. Le cadre conceptuel

### 2.1. Le mécanisme de l'identification projective

#### 2.1.1. Définition du concept de l'identification projective

Plusieurs définitions ont été publiées sur le mécanisme de l'identification projective, cette notion a été proposée pour la première fois par Mélanie Klein, en 1946. Voici la définition proposée par cette figure fondatrice de la psychanalyse : « L'identification projective est un fantasme inconscient dans lequel des aspects du self ou d'un objet interne sont clivés et attribués à un objet externe. Les aspects projetés peuvent être ressentis par celui qui projette comme bons ou mauvais. Les fantasmes projectifs peuvent être accompagnés ou non d'un comportement significatif qui a pour intention inconsciente d'inciter celui qui reçoit la projection à ressentir et agir conformément au fantasme projectif. » (<https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/lidentification-projective/> consulté en décembre 2020)

De plus, Serban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet et Claude Lhote (2010) expliquent que l'identification projective se définit comme un mécanisme qui consiste à s'introduire partiellement ou en totalité chez l'autre, afin de se débarrasser de sentiments, d'émotions et de pulsions ressenties chez le sujet, en cherchant à posséder ou contrôler de manière inconsciente cette autre personne. (Les mécanismes de défenses : Théorie et Clinique, Serban IONESCU, Marie-Madeleine JACQUET, Claude LHOTE, Paris : Nathan, 2010, p.199).

Emmanuel Guillemot, dans « La place des émotions lors du soin » publié en 2014, dit que « L'identification projective fait que « le soignant s'identifie au malade et en même temps projette sur lui ses propres émotions. Il y a donc confusion entre son ressenti personnel et celui de l'autre. » (La place des émotions lors du soin, La place des émotions de l'infirmier lors de l'accompagnement du patient mourant, Éditions universitaires européennes, Emmanuel Guillemot (2014))

La notion d'identification projective n'a pas cessé d'évoluer depuis qu'elle a été proposée par M. Klein en 1946. En effet, J.Christopher Perry (2009) propose une autre définition : « Il y a dans l'identification projective une interaction active entre le sujet et son objet. Le sujet vit un affect initial, qu'il attribue à tort à l'autre personne (colère). Il ressent alors ce même affect mais ne le désavoue pas. Cependant, l'inquiétude monte, à mesure qu'il voit ses propres sentiments non pas

provoqués en lui-même, mais en réaction aux mêmes sentiments chez l'autre. Ce développement est généralement rapide et sans processus ou étapes définis. Les tentatives d'autrui de clarifier l'interaction ne font que compliquer encore plus les choses, et, en fait, l'objet vit souvent le même affect que celui projeté par le sujet » (Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, J.Christopher PERRY, MASSON (édition) 2009, p.83-84).

Quant à Martine Ruzniewski, dans l'ouvrage « Face à la maladie grave », ce concept se caractériserait par une opération défensive, où le soignant voudrait se mettre à l'abri de situations trop angoissantes pour lui, ce qui lui permettrait d'instaurer une distance plus ou moins importante entre sa situation et celle du patient. Elle explique aussi que « le mécanisme de *l'identification projective* est en revanche une prise en charge active et globale de la souffrance du malade : c'est du moins ainsi que le soignant la vit ». Elle exprime également « par ce mécanisme, qui consiste à attribuer à l'autre certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même, le soignant se substitue au malade et transfère sur lui certains aspects de sa personnalité, lui prêtant pour toute conduite à tenir face aux situations de crises ses propres sentiments et réactions, ses propres pensées et émotions. » (Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants, Martine RUSZNIEWSKI, DUNOD (édition), 2014)

Martine Ruzniewski explique aussi qu'avec cette relation étroite que le soignant a mis en place, celui-ci acquiert la conviction que lui seul ne saurait ce qui convient le mieux au malade, et que lui seul aurait l'attitude adéquate et adaptée au bien-être du patient. (Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants, Martine RUSZNIEWSKI, DUNOD (édition), p.29-33)

### 2.1.2. L'identification projective dans le soin

Nous avons expliqué précédemment que l'identification projective fait partie des mécanismes de défense. Ceux-ci sont inconscients et involontaires, ils servent à protéger la conscience d'une émotion douloureuse ou inacceptable. De plus, ils ont pour objectif de réduire certaines tensions psychiques.

L'identification projective pourrait être schématisée selon trois critères. Premièrement, « une partie de soi clivée (pensée ou affect) est projetée et déposée dans l'autre à son insu. Ensuite, celui-ci introjecte cette partie clivée et la fait évoluer pour son propre compte. Pour finir, le champ est construit selon des attentes inconscientes. »

(<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm> consulté en décembre 2020))

Selon Alain Toledano, docteur en cancérologie et radiothérapie à l'institut Rafaël de Levallois, « l'identification projective serait la tentative de dissoudre la distance par le soignant, le contraire de la banalisation qui est une distanciation maximale. Le soignant se substitue au malade, il croit seul savoir ce qui est bien pour lui, il se met à la place du patient, sans n'y être jamais ! L'investissement affectif et émotionnel du soignant, qui est à l'écoute de lui-même, est exacerbé. » (<https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants> consulté en janvier 2021)

Contrairement aux autres mécanismes de défense, qui ont pour objectif d'installer une certaine distance entre le soignant et le patient, le mécanisme de l'identification projective vise à faire disparaître cette distance. Le soignant attribue certains traits de lui-même au patient, ce qui crée un lien fusionnel entre les deux. Le soignant peut penser qu'il soit le seul à s'occuper correctement de ce patient, et croire que lui seul ne sait ce dont il a besoin. Dans ce mécanisme de défense, où le patient fait penser à une situation personnelle vécue par le soignant ou par un de ses proches, celui-ci peut se montrer jaloux envers les autres membres de l'équipe soignante et cela peut être parfois envahissant pour le patient concerné.

(<http://psyifsi.over-blog.com/article-cours-2-les-mecanismes-de-defense-et-d-adaptation-psychologie-et-sante-37787633.html> consulté en janvier 2021)

### 2.1.3. La place des émotions du soignant dans le soin

En effet, l'émotion du soignant peut prendre une place importante lors du soin, surtout si le soignant est touché personnellement par la situation ou par le patient lui-même, qui pourrait faire remonter à la surface des expériences personnelles que l'infirmier a vécu.

Premièrement, le mot « émotion » vient du verbe latin « movere » qui signifie « mouvoir » et du préfixe « é » qui exprime « vers l'extérieur ». L'émotion désignerait un mouvement externe à la personne. De plus, cette notion d'émotion se définirait comme « un trouble affectif, global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible, provoqué par une situation inattendue et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de dérèglement, de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu ». (La place des émotions lors du soin, La place des émotions de l'infirmier lors de l'accompagnement du patient mourant, Éditions universitaires européennes, Emmanuel Guillemot (2014), p. 29)

Les émotions sont des cellules qui composent notre « énergie vitale ». Elles ont chacune leurs propres fonctions. L'étymologie du mot émotion provient du latin « *motio* » qui se définit en français par « mouvement ». D'après le cours théorique sur la communication non verbale, une émotion se définirait donc par « un mouvement, un changement, une réaction de notre organisme



face à un stimulus souvent externe ». (Cours sur la communication non verbale (UE 4.2 semestre 2) par Christine Le Bihan)

Les émotions ont trois constituants , premièrement la composante « cognitive » qui « agit sur les pensées, qui à leur tour peuvent provoquer des émotions très fortes ». Par exemple, lorsque l'on se remémore un souvenir, l'émotion que l'on éprouve au moment de relater les évènements, peut se rapprocher à l'identique de l'émotion éprouvée au moment des faits. Dans un second temps, il y a la composante « physiologique » où « il existe des répercussions sur notre corps et cela déclenche des phénomènes précis tels que des productions d'hormones, d'adrénaline, de cortisol... ». Pour finir, il y a la composante « comportementale » . Celle-ci « nous pousse à agir » selon certaines actions, notamment la « fuite », le « retrait » et l' « attaque » pour assouvir les besoins. (Cours sur la communication non verbale (UE 4.2 semestre 2) par Christine Le Bihan)

L'émotion est également un « processus dynamique constructif de la construction de la personnalité » selon Emmanuel Guillemot. Il précise que « Chaque personne, soignante, patient, a ses propres émotions, vécues de diverses façons selon une situation identique car nous sommes « touché émotionnellement (...) en fonction de notre propre histoire, de notre propre mémoire ». De plus, l'auteur explique que « Le soin « met au contact deux corps vivant, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent ». En effet, « Pour l'infirmier(e), l'émotion est ressentie à un moment fort du soin, mais le comportement qui en découle est singulier, il reste propre au soignant. La maîtrise de l'émotion ne peut être envisageable vu que l'on ne peut la contrôler ; seul sa régulation reste possible.» (La place des émotions lors du soin, La place des émotions de l'infirmier lors de l'accompagnement du patient mourant, Éditions universitaires européennes, Emmanuel Guillemot (2014), p.30)

D'après Arnaud Gauthier, il existerait deux types d'émotions avec les émotions primaires (joie, tristesse, peur, colère, dégoût, surprise) et les émotions secondaires (sympathie, fierté, envie, honte, culpabilité...). (Compétence émotionnelle et implication des soignants, Arnaud GAUTIER, Objectif Soins Management, 248, 09/2016)

Concernant les répercussions que les émotions peuvent avoir sur l'accompagnement du patient, d'après Emmanuel Guillemot dans « La place des émotions lors du soin », l'auteur s'exprime sur la place des émotions dans la situation d'accompagnement d'un patient en fin de vie. Il dit que les émotions sont aussi bien présentes pour le patient que pour le soignant. Il explique que les émotions peuvent impacter les soins à accomplir lorsque celles-ci sont intenses. Il argumente ses propos avec le témoignage d'une patiente, Mme B, qui dit « certains soignants, prennent la fuite et passe le relais

face au patient mourant ou au contraire, d'autres s'impliquent d'avantage. » L'auteur explique par la suite que le soignant va tenter de se protéger en adoptant certains mécanismes de défense comme celui de l'identification projective. Il termine par mettre en évidence le lien entre les émotions et les mécanismes de défense en expliquant que les mécanismes de défense apparaissent chez le soignant afin de se protéger de tensions internes, et les émotions apparaissent également de cette même façon. Pour finir, il exprime le fait que « Les mécanismes de défenses permettent donc au soignant de s'adapter, se protéger de manière naturelle à son environnement lorsque celui-ci devient trop difficile à gérer.» (La place des émotions lors du soin, La place des émotions de l'infirmier lors de l'accompagnement du patient mourant, Éditions universitaires européennes, Emmanuel Guillemot (2014))

L'article écrit par Valérie Leprovot sur les émotions professionnelles des soignants, explique comment le mécanisme de l'identification projective peut susciter des émotions chez les soignants lorsqu'ils sont confrontés à ce genre de situation. Elle a écrit : « Ensuite, les soignants relient également leurs émotions professionnelles à l'aide d'une comparaison entre la situation du patient et la leur ou quelque chose qu'ils ont vécu; ceci contribue à développer l'émotion chez les soignants par le biais du souvenir ». De plus, dans cet article, il est expliqué que « l'émotion est fonction du vécu de chacun et que la mémoire vient associer un événement ou une histoire passée à la situation présente ». Certains soignants ont pu parler de prise en charge « très difficile parce que certaines situations dramatiques font que ça nous renvoie à des choses très personnelles ». Ils disent aussi : « ça nous renvoie nous à leur place à eux et puis on prend conscience que ça n'arrive pas qu'aux autres. » (Les émotions professionnelles des soignants, Valérie LEPROVOT, Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, 161, p. 42-47, 01/06/2006)

## **2.2. Le prendre soin dans le contexte de l'identification projective**

### **2.2.1. Définition du prendre soin**

Selon Cairn.info, le terme anglais « caring » renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention. La traduction la plus utilisée en français est « prendre soin ». Le terme « care » en « nursing » désigne l'ensemble des « soins qui permettent le bien-être physique, mental et social » et l'action de « caring », renvoie à l'action de soigner dans une relation de sollicitude à l'autre.

(<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm> consulté en décembre 2020)

Joan Tronto définit le care comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer, et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, Monique FORMARIER (2012), p.244)

Un autre auteur et philosophe, Milton Mayeroff propose une définition du « caring », d'après son ouvrage « On caring » comme « l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. » (La qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante, Walter HESBEEN (2007))

Quant à Walter Hesbeen, la définition du prendre soin se définirait par le fait de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation » avec pour « perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. » Il évoque également des différences et des similitudes entre le terme « caring » et prendre soin. Le caring serait « une théorie, une science et une philosophie ». Quant au « prendre soin », il s'agirait d' « une philosophie, une valeur, une façon d'aller dans l'existence ». D'après Walter Hesbeen, le « le caring pourrait apparaître, selon les présentations et lectures qui en sont faites, comme moins favorables à l'ouverture et à la créativité ». Il termine par dire que « Le caring s'inscrit dans une approche essentiellement – voire exclusivement – infirmière alors que le « prendre soin » est résolument pluriprofessionnel. » (Le caring est-il prendre soin ?, 1999, Walter Hesbeen, Perspective soignante, n°4, p.30-48)

### 2.2.2. La relation soignant/soigné

Selon le cours théorique sur les différents types de relation, voici la définition proposée : « La relation soignant/soigné est une relation complexe, qui possède des composantes multiples, techniques, psychologiques et affectives, procédant d'une multiple alchimie. Elle nécessite un équilibre qui n'est pas toujours facile de doser ». (Cours sur les différents types de relations (UE 1.1 semestre 2) par Françoise Esnault)

La relation soignant/soigné comporterait six composantes : éducative, thérapeutique, coopérative, autoritaire, acceptation, dépendance voire maternage. (Cours sur les différents types de relations (UE 1.1 semestre 2) par Françoise Esnault)

De plus, dans ce cours théorique, la définition de la relation thérapeutique est donnée, elle se définirait par le « Pôle relationnel comme axe prioritaire de la rencontre ». Il est expliqué que c'est une « relation soignante en soi » qui « produit des effets plus ou moins évaluables ». La relation thérapeutique « constitue le soin. » (Cours sur les différents types de relations (UE 1.1 semestre 2))

par Françoise Esnault)

Pour terminer, la définition de la relation apparaît dans ce cours, elle se définit comme un « lien » ou un « rapport entre des choses ou des personnes », c'est une « situation complexe », qui possède des « composantes multiples » avec une « certaine polysémie » (« connaissance, personne avec qui l'on est en contact »).(Cours sur les différents types de relations (UE 1.1 semestre 2) par Françoise Esnault)

Selon Louis Malabeuf, auteur de l'article « la relation soignant-soigné, du discours au passage à l'acte », il existe 4 niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant.

Premièrement, il y a la relation de civilité, qui intervient en dehors du soin et qui correspond aux codes socio-culturels. Cela se traduit par certains comportements avec le fait d'être poli, courtois, saluer, se présenter, etc.

Ensuite, il y a la relation fonctionnelle qui a pour but d'accueillir des données sur le patient afin de mieux le connaître. Cela concerne les signes cliniques et paracliniques de la pathologie, les habitudes de vie du patient, les données familiales et les données socio-professionnelles.

De plus, il y a la relation de compréhension qui intervient dans un but empathique pour soutenir le patient notamment avec l'écoute active et la dédramatisation.

Pour finir, il y a la relation d'aide thérapeutique qui intervient dans le cadre d'un projet de soin thérapeutique sur prescription médicale, dans le but de soigner le patient. (<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne#relation-soignant-soigne> consulté en janvier 2021)

### 2.2.3 L'alliance thérapeutique : une composante essentielle du prendre soin

D'après le cours théorique sur les dynamiques relationnelles, du semestre 2, la notion d'alliance thérapeutique et la notion de confiance sont deux composantes essentielles de la relation thérapeutique. Donald Woods Winnicott, pédiatre, psychanalyste et psychiatre britannique parle de fiabilité pour définir l'alliance thérapeutique .

(<https://www.fnac.com/Donald-Woods-Winnicott/ia22627/bio> consulté en mars 2021)

L'alliance thérapeutique peut être représentée également par cette définition : « Le soignant s'engage à prendre soin du patient et le patient s'engage à être acteur de sa prise en charge ». (Cours sur les dynamiques relationnelles : l'alliance thérapeutique ( UE 1.1 semestre 2) visé et ajusté par Hélène Boudet)

D'après l'article sur « L'alliance thérapeutique au cœur de la relation d'aide », l'auteure définit l'alliance thérapeutique comme une « relation entre soignant et soigné qui se crée dans un esprit de collaboration avec une intention et une implication sincère pour atteindre les buts recherchés. Celle-ci s'installe au fur et à mesure de la relation d'aide. » (L'alliance thérapeutique au cœur de la relation d'aide, Laurence Bouffette, Laurent Attia, Corinne Isnard-Bagnis, Soins, n°746, p.32-35, 06/2010)

Dans l'article « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », une définition de l'alliance thérapeutique est proposée. Cela se traduirait par « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés ». (L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Antoine Bioy, Maximilien Bachelart, Dans Perspectives psy, 2010/4 (Vol.49), pages 317 à 326)

### **2.3. La qualité des soins : un besoin essentiel pour les patients**

#### **2.3.1. Définition de la qualité des soins**

Walter Hesbeen propose une définition de la qualité des soins en mettant en avant les déterminants essentiels de celle-ci. Il dit que « L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés avec leurs connaissances de nature scientifique et leur habilités techniques, y apparaissent comme les déterminants essentiels d'un soin de qualité ». (La qualité du soin infirmier, De la réflexion éthique à une pratique de qualité, 3ème édition, Walter HESBEEN (2017), p57)

Quant à Monique Formarier, qui a publié « Les concepts en sciences infirmières » en 2012, a pu définir la démarche qualité. La démarche qualité à été introduite dans le système de santé par l'ordonnance du 24 avril 1996. Cela se définirait par une approche organisationnelle qui permettrait le progrès et la résolution des écarts de qualité dans les structures de soins. Elle consiste à évaluer le fonctionnement des pratiques afin de mettre en place des mesures correctives. (Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, Monique FORMARIER (2012), p.257)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humain à l'intérieur du système de soins ».

D'après un cours théorique mis en ligne sur la plateforme moodle, la qualité des soins possède huit composantes. Premièrement, il y a la « justification ». Le soin est-il justifié dans ce cas ?

Dans un second temps, il y a le « type ». Le type de soin est-il approprié ? Dans un troisième temps, il y a la composante de la « réalisation ». Le soin est-il correctement réalisé ? La quatrième composante est le « moment ». Le soin est-il effectué au moment judicieux ? Ensuite, il y a l' « explication ».

Le soin est-il expliqué de façon satisfaisante ? De plus, la sixième composante est le « suivi ». L'évolution après le soin est-elle suivie de façon adéquate ? Pour continuer, il y a l' « efficacité ». Le soin se montre-t-il efficace lors de l'évolution ? Et pour finir, la huitième et dernière composante de la qualité des soins est l' « innocuité ». Aucun effet indésirable ne se révèle-t-il après le soin ? ([https://moodle.ifchureennes.fr/pluginfile.php/14776/mod\\_scorm/content/1/index\\_lms\\_html5.html](https://moodle.ifchureennes.fr/pluginfile.php/14776/mod_scorm/content/1/index_lms_html5.html) consulté en mars 2021)

### 2.3.2. Les niveaux de qualités des soins

Dans l'ouvrage « Les concepts en sciences infirmières » écrit par Monique Formarier en 2012, nous retrouvons les quatre niveaux de la qualité des soins, d'après Rotter, psychologue américain et Kahoah.

Premièrement, il y a «les soins dangereux qui portent préjudices au patient entraînent des coûts humains sévères et des coûts financiers : chutes, escarres, infections nosocomiales, douleur, inconfort, violence manque d'information et d'éducation thérapeutique du patient... ».

Ensuite, nous avons «les soins sûrs, ce sont des soins corrects avec une prévention systématique des risques. Ils sont administrés au patient en regard des données probantes, basés sur des résultats de recherche. Ils sont standards, les demandes du patient sont prises en compte au coup par coup ».

De plus, il y a «les soins de qualité, en plus des soins sûrs, les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés. Les décisions de soin sont prises en regard des besoins et des ressources de chaque patient dans une perspective d'autonomie et de confort. La démarche de soins élaborée pour le patient est mise en œuvre, mais dans de nombreux cas, il faut établir un projet interdisciplinaire pour que le patient bénéficie de soins concertés et coordonnés ».

Pour terminer, il y a «les soins optimaux, ils reprennent l'ensemble des soins de qualité, mais ils ont deux axes supplémentaires ». Le premier axe consiste à ce que «le patient (avec sa famille) soit partenaire, s'il est en état de le faire, les décisions qui le concernent sont prises avec lui, il participe à la planification de son traitement et de ses soins. Il bénéficie d'une infirmière référente, la collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital ». Le deuxième axe met en avant que « tous les soins, y compris les soins relationnels (éducation, relation d'aide...), reposent sur des données scientifiques et sont adaptés aux patients. Il y a un questionnement permanent autour des pratiques courantes (efficacité, rigueur, adaptation, meilleur

choix...). » (Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, Monique FORMARIER (2012))

### 2.3.3. Les besoins des patients

Virginia Henderson est l'une des figures emblématiques de la profession d'infirmière. Elle théorise les 14 besoins fondamentaux de l'être humain en 1960: Respirer ; Boire et manger ; Éliminer ; Se mouvoir et maintenir une bonne posture ; Dormir, se reposer ; Se vêtir et se dévêtir ; Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2°C) ; Être propre et protéger ses téguments ; Éviter les dangers ; Communiquer avec ses semblables ; Agir selon ses croyances et ses valeurs ; S'occuper en vue de se réaliser ; Se récréer, se divertir ; Apprendre. (<https://applisoins.fr/a/soins-infirmiers-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson/> consulté en décembre 2020)

([http://www.psychanalyse.com/pdfpsychologie\\_14\\_BESOINS\\_FONDAMENTAUX\\_VIRGINIA\\_HENDERSON.pdf](http://www.psychanalyse.com/pdfpsychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf) consulté en mars 2021)

Quant à Abraham Maslow, un psychologue américain, il théorise les besoins fondamentaux de l'être humain, sous forme de pyramide, en 1943. La structure de cette pyramide est hiérarchique et on y distingue les besoins élémentaires. En premier, nous avons les besoins physiologiques, qui représentent les besoins de base de la vie avec notamment la faim, la soif, le sexe, la respiration et le fait de maintenir la température idéale pour notre corps.

Ensuite, nous avons les besoins de sécurité, qui viennent une fois que les besoins primaires sont satisfaits. Cela représente la sécurité, le travail, la stabilité, le fait d'être en bonne santé et la protection.

De plus, nous avons les besoins d'appartenance sociale, reliés au fait d'avoir des amis, de communiquer, de recevoir de l'affection, de faire partie d'un groupe et d'une communauté et d'être accepté par les autres. Les besoins d'estime et d'estime de soi y font suite, représenté par le fait d'avoir du prestige, se sentir apprécié, se démarquer au sein d'un groupe, avoir du respect pour soi et se donner de la valeur.

Pour terminer, il y a les besoins de réalisation de soi caractérisés par le développement spirituel et moral, et le fait de rechercher un but dans la vie.

(<https://www.psychologue.net/articles/la-pyramide-de-maslow-la-theorie-des-besoins> consulté en décembre 2020)

(<https://www.observatoire-management.org/single-post/2016/11/02/Pyramide-de-Maslow> consulté en mars 2021)

D'après V. Adam, psychologue, le patient éprouve plusieurs besoins. En premier temps, « le patient a besoin d'être reconnu en tant que personne ». De plus, « le patient a besoin de savoir et de comprendre ». Ensuite, selon le psychologue, « le patient a besoin d'avoir des repères pour appréhender son avenir », « d'être acteur de sa prise en charge et d'être associé à ses soins, à son traitement ». Pour finir, il évoque le fait que « le patient a besoin d'un climat de confiance pour optimiser son adaptation au traitement » et « d'empathie pour se sentir entendu, écouté et compris ».(14/01/2009)

([http://www.infos-patients.fr/communiquer\\_information\\_patient\\_annonce\\_diagnostic\\_annonce\\_maladie\\_grave\\_entretien\\_medecin\\_patient/identifier\\_les\\_besoins\\_entretien\\_medecin\\_patient/les\\_besoins\\_des\\_patients.html](http://www.infos-patients.fr/communiquer_information_patient_annonce_diagnostic_annonce_maladie_grave_entretien_medecin_patient/identifier_les_besoins_entretien_medecin_patient/les_besoins_des_patients.html) consulté en mars 2021)

#### **2.4. Synthèse des trois concepts**

Pour conclure le cadre conceptuel de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, nous avons pu voir que le mécanisme de l'identification projective a pu être défini par plusieurs auteurs, comme un mécanisme de défense inconscient, qui consiste à percevoir chez un(e) patient(e), quelque chose du soi, comme une situation personnelle vécue par l'infirmier(e), ou par un proche, ou certains traits du soi ou d'un membre de l'entourage, que le soignant perçoit chez le patient qu'il accompagne. Nous avons pu constater que ce mécanisme a un réel impact sur le prendre soin d'un patient et sur la relation entre le soignant et le soigné et que cela peut apporter un réel bénéfice à l'alliance thérapeutique ou au contraire, avoir un certain impact négatif sur la prise en soin. De plus, les émotions professionnelles des soignants font partie intégrante de ce mécanisme de défense, car celui-ci peut susciter certaines émotions lorsque les soignants sont confrontés à ces situations avec des patients.

### **3. Dispositif méthodologique**

Pour poursuivre mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, j'ai réalisé deux entretiens auprès de deux infirmières. L'objectif de mes entretiens était de comparer leurs ressenti, leur vécu, leur expérience afin d'apporter un contenu supplémentaire à ma question de recherche. J'ai réalisé un guide d'entretien, en utilisant des questions ouvertes, afin de ne pas influencer les réponses des infirmières. J'ai pu en amont de mes entretiens, échanger auprès d'étudiantes infirmières de ma promotion, sur mon guide d'entretien, afin de vérifier sa cohérence. J'avais pour objectif de réajuster mon guide d'entretien et les questions posées. J'ai pu voir suite à nos échanges



que mon guide d'entretien correspondait à mes attentes et était cohérent avec mon sujet de recherche.

Mes deux entretiens ont été réalisés avec deux infirmières que je connais, la première qui était une infirmière rencontrée lors d'un stage et la deuxième, une personne de ma famille. Les entretiens se sont déroulés en distanciel par visioconférence du fait de la situation sanitaire actuelle. Le premier entretien a duré 15 minutes et le deuxième a duré 18 minutes. J'ai utilisé la plateforme Google Meet pour réaliser mes entretiens par visioconférence, et avec le consentement des deux infirmières, j'ai pu enregistrer notre entretien via cette plateforme ainsi qu'avec mon téléphone portable pour garantir la sécurité d'enregistrement.

Les deux infirmières n'étaient pas au courant de mon sujet de mémoire, ni de ma question de départ. L'objectif étant de ne pas influencer leurs réponses, et de leur laisser l'opportunité d'échanger librement. J'ai choisi d'interroger deux infirmières de service et d'âge similaire, pour pouvoir comparer leur point de vue, mais cela aurait été également intéressant d'interroger deux infirmières de services et d'âge différents afin d'avoir le point de vue d'une infirmière expérimentée et d'une infirmière jeune diplômée.

Lors de mes entretiens, j'ai pu rencontrer quelques difficultés concernant les réponses des infirmières à mes questions. Parfois, j'ai eu l'impression que certaines de leur réponse étaient parfois hors-sujet, et ce n'était pas toujours évident de relancer les infirmières suite à leurs réponses, pour approfondir certains points abordés.

Pour réaliser mon analyse d'entretien, j'ai réalisé un tableau se trouvant en annexes, reprenant les propos des infirmières interviewées. J'ai choisi d'anonymiser les infirmières en utilisant le terme « IDE 1 » et « IDE 2 », pour savoir de quelle infirmière provient les propos, « IDE », qui signifie « Infirmier(e) diplômé(e) d'État ». De plus, j'ai utilisé une police différente pour différencier leurs propos dans l'analyse et la discussion.

## 4. Analyse

### **4.1. Parcours des infirmiers interrogés**

Les deux infirmières interviewées lors des entretiens ont pour point commun d'avoir travaillé en service de soins de suite polyvalents gériatriques et elles ont été diplômée à une année d'intervalle. L'IDE 1 me dit avoir choisi le métier d'infirmière depuis le collège, me dit que son grand-père était infirmier et lui a toujours parlé de son travail avec passion, ainsi que sa sœur, cela lui a donner envie de découvrir ce métier . Pour son parcours professionnel, elle a pu travailler au

laboratoire d'un CHU, ce qui lui a permis de découvrir le domaine médical et le travail d'équipe. Elle est rentrée à l'IFSI de Pontchaillou en 2015 et a été diplômée infirmière en 2018. Suite à son diplôme, elle a travaillé de nuit en soins intensifs de néonatalogie, de juillet à septembre, puis a ensuite postulé dans un Pôle Gériatrique, en octobre 2018, en soins de suite polyvalents, où elle travaille actuellement.

L'IDE 2 a été diplômée en juillet 2016, elle a travaillé deux mois en EHPAD et a ensuite travaillé un an et demi dans un centre hospitalier puis deux ans sur le pool gériatrique. Elle a ensuite travaillé durant deux années en service de rééducation gériatrique. Actuellement, elle travaille dans un cabinet d'infirmière libérale depuis février 2020. Elle me dit avoir toujours aimé être auprès des gens, prendre soin d'eux, les accompagner dans les actes de la vie quotidienne, le social et les soins, c'est pour cela qu'elle a choisi d'exercer ce métier.

## **4.2. Analyse descriptive**

### **4.2.1 Le mécanisme de l'identification projective**

Tout d'abord, concernant le mécanisme de l'identification projective, L'IDE 1 n'a pas donné de définition de ce concept. Cependant, L'IDE 2 s'exprime sur ce sujet en me disant « ***Oui c'est vrai, c'est quelque chose qui peut arriver*** », elle définirait cette notion comme quelque chose de « ***compliqué à maîtriser*** », où le soignant « ***se projette [...] dans les pathologies, dans l'âge*** » et où cela « ***fait penser à quelqu'un de proche*** ». L'IDE 1 m'évoque le fait que lorsque le soignant est confronté à ce type de situation où le mécanisme de l'identification projective est présent, « sur le moment même, on se rend pas trop compte ». Selon elle, cela « montre qu'on est quelqu'un d'humain ». Concernant l'IDE 2, elle exprime à plusieurs reprises que « ***c'est inévitable dans notre métier*** » et que « ***c'est arrivé plusieurs fois*** » d'être confronté à ce type de situation avec des patients. Elle me dit également comme l'IDE 1, que « ***c'est humain*** » et m'explique que cela peut venir de plusieurs facteurs, par exemple « ***si on voit une date de naissance, si je vois par exemple 1988, ça me fait penser à mon frère*** ».

De plus, les deux infirmières interrogées ont pu me décrire des situations de soins qu'elles ont vécues, l'IDE 1 m'explique « J'étais confrontée à une patiente qui avait un cancer du pancréas en phase terminale », et me décrit le fait que cette situation lui fasse penser à quelqu'un de son entourage « Parce que j'ai ma grand-mère qui est décédée d'un cancer du pancréas ». L'IDE 1 évoque le fait que sa grand-mère « était un peu dans le même état, vers la fin ». A propos de l'IDE 2, elle me décrit également une situation où le mécanisme de l'identification projective était présent, « ***Là récemment, j'ai pris soin d'un patient qui me faisait penser au grand-père de mon compagnon,***

***donc c'était pas forcément dans sa pathologie ni dans son physique, c'était vraiment dans son comportement, il avait beaucoup de mimiques qui lui ressemblaient*** ». Elle décrit la situation en illustrant ces propos « ***c'était des petites expressions, des expressions du visage, des petits regards en coin qui me faisaient penser à cette personne, c'était vraiment des mimiques*** ». Elle développe sa pensée en disant qu'« ***avec d'autres patients c'était plus dans les paroles, d'autres situations où c'était physique*** ».

Lors de mes entretiens, j'ai pu également échanger sur les émotions et le ressenti des infirmières, lorsqu'elles sont au cœur de ces situations. L'IDE 1 a pu exprimer que « c'est très compliqué », « c'est pas toujours évident, de prendre quelqu'un en soin quand on a vécu des choses dans notre vie personnelle qui est renvoyé par cette patiente ». De plus, l'infirmière m'évoque « il y a des fois où je ne me sentais pas capable, surtout quand elle était à la fin, je trouvais ça difficile ». L'IDE 2 a pu me dire aussi qu'« ***il y a forcément l'affect qui joue*** », « ***on a pas la même attache*** ». Elle décrit la situation en expliquant « ***Je vais avoir l'impression de déjà la connaître alors que je la connais pas du tout, mais comme elle me fait penser à une personne, je m'en rend compte tout de suite que je peut être différente*** ». Elle termine par dire « ***On peut pas tout maîtriser*** », « ***oui c'est vrai qu'on est soignant mais on est avant tout humain*** ». De plus, l'infirmière me dit « ***ça me fait du bien parce que ça me fait penser à quelqu'un de proche*** ».

Pour finir, lors de mes entretiens, j'ai pu identifier certaines notions que les infirmières ont employées pour me décrire celle du mécanisme de l'identification projective. En effet, je n'ai pas utilisé le terme d'identification projective avant ma dernière question de l'entretien, pour ne pas influencer leur réponses, ce qui a permis la libre expression des infirmières sur le sujet. L'IDE 1 a pu parler de « transfert ». Quant à l'IDE 2, elle me dit « ***je pense qu'il y a forcément un effet miroir, je crois qu'on appelle ça comme ça*** ».

#### 4.2.2. Prendre soin dans le mécanisme de l'identification projective

Dans un second temps, j'ai demandé aux infirmières interrogées de définir selon elles, la notion de « prendre soin ». L'IDE 1 a pu me dire que c'était le fait de « prendre en soin un patient », « et son entourage ». De plus, elle évoque « la dynamique de la famille », « l'environnement » et « le domicile » du patient. Elle me dit qu'il faut également « respecter les souhaits du patient », mais aussi « adapter notre prise en charge », « s'adapter à son rythme de vie » et « à ses habitudes de vie ». Elle termine par me dire que c'est « prendre en soin le patient dans sa globalité ». Concernant les propos de l'IDE 2, elle définit le « prendre soin » comme « ***une notion d'accompagnement*** » et de « ***bien-être*** » et explique que selon elle « ***c'est la base de notre métier*** » et que « ***c'est assez global*** ».

A propos de la relation soignant/soigné et de l'alliance thérapeutique, L'IDE 1 a pu dire « j'essaye au maximum dans ma prise en soin de m'adapter au patient » et « de ne pas faire un copier/coller de chambre en chambre ». Elle exprime également l'importance de mettre au cœur de la relation, la famille et les proches du patient, « il y a des moments où la famille a besoin de voir qu'on est impactés par la situation », « c'est important pour la famille et pour le patient de voir qu'on a quand même mes émotions ». Pour elle, l'identification projective a un impact sur la relation entre le soignant et le soigné mais également sur l'alliance thérapeutique, « ça crée une relation entre le soignant et le patient ». Selon l'IDE 2, l'identification projective impacte également la relation dans le soin, elle me dit « **j'ai l'impression que je les prend en soin exactement comme les autres** », « **mais au fond de moi, j'ai un petit sentiment où je me dis que ça me fait penser à ma grand-mère** ». Elle évoque les émotions et les ressentis du soignant dans le prendre soin du patient, « **il y en a forcément a qui on s'attache plus** », « **qui nous font penser à quelqu'un** ». L'infirmière partage son sentiment sur la relation soignant-soigné, « **on essaye d'être pareil avec tout le monde mais ce n'est pas toujours évident** », « **sans s'en rendre compte on est forcément un peu différent** », « **dans notre attitude** », « **dans notre relationnel** ». Elle termine par dire que « **la relation peut être différente** » avec un patient, pour l'infirmier, lorsque le patient fait penser à quelqu'un de son entourage.

A propos du prendre soin du patient, les deux infirmières interrogées ont pu mettre en avant des attitudes à adopter et des solutions possibles à mettre en place dans le soin. Premièrement, l'IDE 1 a pu me dire que selon elle il ne « faut pas faire ressentir » au patient ses émotions personnelles concernant le mécanisme de l'identification projective, « il faut garder notre professionnalisme et notre distance ». Elle partage son expérience sur ses situations vécues, « c'était ma collègue qui s'en occupait et moi je lui prenais un patient », « je pense qu'on a quand même la possibilité de donner, de passer le relais à nos collègues ». Dans ce genre de situation, L'IDE 1 « pense que c'est important dans ces moments là, quand on se sent un peu en difficultés de le faire », la solution étant de communiquer avec l'équipe sur ses ressentis, face à ces patients, lorsque le soignant atteint ses limites personnelles, « c'est après en discutant avec l'équipe qu'on voit qu'elles ont des solutions à la prise en soin ». De plus, elle me dit « Je pense pas qu'il faut dire au patient qu'on a vécu les mêmes choses », car pour elle, cela « rentre dans du domaine de la vie privée » et elle « pense que ça ne les regarde pas ». Elle termine par me dire « il faut savoir faire la part des choses » entre la sphère privée et la sphère professionnelle, dans la relation et le prendre soin du patient. L'IDE 2 me fait part également de son avis, « **Après je pense que c'est aussi important de rester nous-même** », « **il y a pas de regrets à avoir** » concernant la manière de prendre en soin ces patients, pour elle « **cela dépend du patient** » de dire que l'infirmier a vécu la même situation que lui. Elle utilise un exemple « **il va se faire opéré de quelque chose et que tu t'es déjà fais opéré de la même chose** », « **on peut**

*lui dire « ne vous inquiétez pas, pour tout vous dire, moi j'ai eu cette opération, ça s'est très bien passer, en plus ce chirurgien je le connais, il est top »*. La réassurance et l'empathie sont des notions que l'IDE 2 a pu exprimer, « *je pense que c'est des paroles qui peuvent rassurer* ». Quant à son avis sur le fait de dire à un patient qu'il nous fait penser à un membre de son entourage, elle me dit « *c'est délicat* », mais « *je pense que ça peut le toucher de toute façon* » et cela dépend également de la relation et du lien que le soignant entretient avec le patient.

#### 4.2.3. La qualité des soins

Dans un troisième temps, j'ai voulu aborder le sujet de la qualité des soins. En ce qui concerne la définition, seulement l'IDE 1 a pu apporter des éléments. Selon elle, la qualité des soins se définirait par les actions suivantes : « adapter notre prise en soin » et « respecter les souhaits des patients ». Elle me dit également qu'il faut « prendre en soin un patient avec ses émotions », « et son vécu personnel ». Travaillant en gériatrie, elle insiste sur l'importance de pouvoir « apporter des petits moments de bonheur dans la prise en soin » des patients.

Ensuite, j'ai voulu comprendre ce que les deux infirmières pouvaient me dire sur les besoins des patients. L'IDE 1 a pu évoquer qu' « ils ont besoin qu'on soit là pour eux » et « prendre le temps d'être avec eux ». Elle m'explique qu'en gériatrie, les patients n'ont pas forcément de famille et me dit que le soignant peut être présent pour « remplacer la famille entre guillemets ». De plus, elle m'explique « par exemple en voyant ma grand-mère, il y avait des choses que j'aurais aimé qu'il se passe pour elle », « des besoins qu'elle avait, qui n'ont pas forcément été respectés », « du coup je faisais plus attention à ça ». Elle exprime donc l'importance de faire attention aux besoins des patients, et la situation qu'elle a vécue avec sa grand-mère, a permis d'enrichir ses prises en soin. Quant à l'IDE 2, elle a pu me dire « *je me dis que c'est vraiment important tous les soins qu'on fait* », concernant les besoins des patients et le prendre soin.

Pour terminer, j'ai pu identifier, dans les propos des infirmières lors de mes entretiens, leur avis sur l'impact que l'identification projective peut avoir sur la qualité des soins. L'IDE 1 a pu me dire que « notre prise en charge n'est pas efficiente dans ces cas là » lorsque le soignant éprouve des difficultés dans la prise en soin d'un patient lui faisant penser à quelqu'un de son entourage. Elle poursuit avec « c'est là que tu te rends compte que tu apparaît dans une limite de ce que tu es capable de faire ». Elle me dit « ça modifie notre prise en charge, notre prise en soin parce qu'on est impacté », « ce qui normalement ne devrait pas être le cas, en tout cas de modifier la prise en soin ». Selon elle, le mécanisme de l'identification projective, impacte la prise en soin et la qualité des soins, car la relation avec le patient peut être modifiée et les émotions éprouvées par le soignant peuvent l'altérer. Concernant les propos de l'IDE 2, elle explique « *Je pense qu'on a pas forcément le même*

*comportement si ils nous font penser à quelqu'un qu'on apprécie beaucoup, nos grand-parents, nos parents* ». Elle argumente ses propos en disant « *Je m'en rend pas forcément compte mais je pense forcément que ça change, c'est compliqué à expliquer* ». Elle s'exprime sur le fait que le mécanisme de l'identification projective n'impacte pas forcément la qualité des soins, « *Je pense pas, parce qu'il faut quand même qu'on reste en retrait* », « *qu'on laisse l'affect de côté, même si ce n'est pas évident du tout dans notre métier* ». Elle insiste sur le fait qu' « *Il faut quand même savoir garder la part des choses* ». Elle termine par me dire « *après peut être que sans nous rendre compte, ça impacte les soins* ».

## 5. La Discussion

### 5.1. L'identification projective : un mécanisme de défense inconscient

Premièrement, concernant le mécanisme de l'identification projective, dans mon cadre conceptuel, plusieurs auteurs ont pu définir cette notion. Notamment Mélanie Klein en 1946, qui définit l'identification projective comme « un fantasme inconscient dans lequel des aspects du self ou d'un objet interne sont clivés et attribués à un objet externe. Les aspects projetés peuvent être ressentis par celui qui projette comme bons ou mauvais. Les fantasmes projectifs peuvent être accompagnés ou non d'un comportement significatif qui a pour intention inconsciente d'inciter celui qui reçoit la projection à ressentir et agir conformément au fantasme projectif. »

De plus, concernant l'avis des infirmières interrogées lors des entretiens, l'IDE 2 a pu me dire « *Oui c'est vrai, c'est quelque chose qui peut arriver* », elle définirait cette notion comme quelque chose de « *compliqué à maîtriser* », où le soignant « *se projette [...] dans les pathologies, dans l'âge* » et où cela « *fait penser à quelqu'un de proche* ».

Personnellement, j'ai pu lors de mes différents stages, être confronté à des patients me faisant penser à quelqu'un de mon entourage, ou à des patients ayant vécu une situation similaire à la mienne. Si je devais donner une définition du mécanisme de l'identification projective, je dirais que c'est un processus inconscient, où le soignant fait référence à un proche, ou à sa situation personnelle qu'il a pu être amené à vivre. Il est vrai que dans ce mécanisme de défense, le soignant éprouve de nombreuses émotions, tant positives que négatives, en fonction de la situation et de la relation entretenue avec le patient.

## 5.2. Laisser place aux émotions dans le soin

Les infirmières interrogées ont pu me faire part de la place des émotions dans la relation avec le patient. En effet, L'IDE 1 a pu exprimer que « c'est très compliqué », « c'est pas toujours évident, de prendre quelqu'un en soin quand on a vécu des choses dans notre vie personnelle qui est renvoyé par cette patiente ». De plus, l'infirmière évoque qu' « il y a des fois où je ne me sentais pas capable, surtout quand elle était à la fin, je trouvais ça difficile ».

L'IDE 2 a pu me dire aussi qu' « **il y a forcément l'affect qui joue** », « **on a pas la même attache** ». Elle décrit la situation en expliquant « **Je vais avoir l'impression de déjà la connaître alors que je la connais pas du tout, mais comme elle me fait penser à une personne, je m'en rend compte tout de suite que je peut être différente** ». Elle termine par dire « **On peut pas tout maîtriser** », « **oui c'est vrai qu'on est soignant mais on est avant tout humain** ». De plus, l'infirmière me dit « **ça me fait du bien parce que ça me fait penser à quelqu'un de proche** ».

Je suis d'avis avec les deux infirmières, je pense que les émotions du soignant ont une place importante dans le mécanisme de l'identification projective. Cela peut être très difficile pour un soignant de prendre en soin un patient lui faisant penser à un proche, ou ayant une pathologie similaire par exemple, car cela peut faire remonter certains souvenirs douloureux pour le professionnel de santé, car ce sont avant tout des personnes humaines, pour qui les sentiments sont présents, et il est parfois difficile de ne pas se faire envahir par ces émotions. De plus, je pense que l'identification projective dans le soin peut avoir un réel bénéfice pour le patient car celui-ci peut toucher particulièrement le soignant, qui a pu vivre une histoire similaire à la sienne, en prenant soin de lui comme un membre de sa famille par exemple, ou avoir une relation particulière avec lui. Cependant, cela peut nuire à la relation soignant/soigné, ou au travail du soignant, car celui-ci peut prendre par exemple plus de temps pour s'occuper d'un patient plutôt qu'un autre. De plus, cela peut être pesant pour le patient concerné. Lors du soin à un patient, il est donc possible que le soignant mette en place de façon inconsciente le mécanisme de défense de l'identification projective. Comme expliqué dans les deux situations d'appel, le patient peut faire penser à membre de l'entourage ou sa situation peut faire référence à une situation personnelle vécue par l'infirmière. L'histoire de vie du patient et celle de l'infirmière peuvent se rapprocher, avec les enfants par exemple, où le vécu concernant une maladie, un âge qui se rapproche entre le soignant et le soigné.

### 5.3. Prendre soin d'un patient qui fait penser à un proche ou à sa situation personnelle

Les deux infirmières ont pu employer lors des deux entretiens, deux notions différentes pour parler du mécanisme de l'identification projective. L'IDE 1 a pu m'évoquer la notion de « transfert » tandis que l'IDE 2 a parlé « *d'effet miroir* ». Il est vrai que d'après mes recherches, cette situation où le soignant est confronté à un patient lui faisant penser à une situation personnelle vécue par un membre de son entourage ou par lui-même, s'appelle l'identification projective. Mais est-il important pour les professionnels de santé de savoir que ce mécanisme se caractérise ainsi ? Où est-ce que la façon de prendre en soin ce patient est-elle plus importante ? J'ai pu me questionner à ce sujet et j'ai pu ainsi m'apercevoir après mures réflexions, que l'importance était de savoir comment agir face à ces situations rencontrées auprès de patients nous faisant référence à une situation personnelle, plutôt que de savoir absolument que ce mécanisme est appelé « identification projective ». Les infirmières ont utilisé le mot « transfert » et « effet miroir », mais ce qui me paraît important, c'est qu'elles aient compris et cerné ce que je voulais aborder.

### 5.4. Le prendre soin : les fondations du métier d'infirmier

En ce qui concerne mon avis sur le prendre soin, je dirais tout d'abord que c'est un des piliers prépondérants du métier d'infirmier. J'ai pu réfléchir à la définition que je donnerais de ce concept. Selon moi, le prendre soin d'un patient, c'est le fait de prendre en soin le patient dans sa globalité, en respectant ses besoins et ses choix, tout en respectant les protocoles et les prescriptions. Le prendre soin dans le contexte de l'identification projective pour moi, c'est le fait de prendre en soin une personne faisant penser à quelqu'un de l'entourage du soignant, ou qui vit une situation similaire à celle de l'infirmier. Cela peut donc toucher le soignant, le déstabiliser, ou au contraire mettre en place une certaine relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Comme à pu le dire un certain auteur, Walter Hesbeen, « Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé ». Lors de mes deux entretiens, les infirmières ont pu également définir ce qu'était pour elle le « prendre soin ». Je suis assez d'accord avec ce qu'elles ont pu me dire à propos de cette notion, notamment avec l'IDE 1 qui a pu dire que c'était « prendre en soin un patient », « et son entourage ». Elle a pu ajouter qu'il fallait également « respecter les souhaits du patient », mais aussi « adapter notre prise en charge », « s'adapter à son rythme de vie » et « à ses habitudes de vie ».

Cela représente pour moi, une réelle importance dans notre profession, car le patient est au cœur du soin, et pour que cela lui soit bénéfique, il est indispensable de pouvoir y répondre. L'IDE 1



termine par me dire que c'est « prendre en soin le patient dans sa globalité », et je suis également d'accord avec ce propos, je pense que dans notre prise en soin, il ne faut pas se focaliser uniquement sur la personne soigné mais aussi sur ce qui l'entoure, son entourage, son mode et habitude de vie, ses souhaits et besoins. Concernant les propos de l'IDE 2, elle définit le « prendre soin » comme « **une notion d'accompagnement** » et de « **bien-être** » et explique que selon elle « **c'est la base de notre métier** » et que « **c'est assez global** ». Je suis tout à fait en accord avec ces dires également.

#### 5.5. La relation soignant/soigné et l'alliance thérapeutique

Dans mon cadre théorique, j'ai voulu aborder la notion de relation soignant/soigné et d'alliance thérapeutique car cela représente pour moi les deux fondements du prendre soin. A propos de la relation soignant/soigné, je définirais cela comme une relation « d'égal à égal », avec bienveillance, empathie, respect, l'un envers l'autre. D'après un cours théorique vu au semestre 2, sur les différents types de relation, la relation soignant/soigné se traduirait par « une relation complexe, qui possède des composantes multiples, techniques, psychologiques et affectives, procédant d'une multiple alchimie. Elle nécessite un équilibre qui n'est pas toujours facile de doser ». Il est vrai qu'il faut trouver la bonne harmonie afin que le soignant et le soigné aient chacun leur place dans la relation.

Les infirmières ont pu me faire part de leur avis sur l'impact du mécanisme de l'identification projective sur la relation soignant/soigné et l'alliance thérapeutique. Premièrement, l'IDE 1 a pu me dire que « ça créer une relation entre le soignant et le patient ». A propos de l'IDE 2, ce qui m'a interpellé dans ce qu'elle a pu me dire, c'est « **on essaye d'être pareil avec tout le monde mais ce n'est pas toujours évident** », « **sans s'en rendre compte on est forcément un peu différent** », « **dans notre attitude** », « **dans notre relationnel** ».

Mon avis rejoint ceux des infirmières, car selon moi, le mécanisme de l'identification projective peut avoir des bénéfices comme certains désavantages. Pour commencer, je serais d'avis pour dire que ce mécanisme peut apporter énormément à la relation soignant/soigné. L'histoire personnelle du soignant peut enrichir selon moi, cette relation avec le patient, car le soignant peut faire référence à un proche ou à sa situation personnelle, comme dans mes situations d'appel par exemple. Je pense que je prêtais d'autant plus attention à ma façon de me comporter, de prendre le temps pour les soins par exemple. Même si je le fais également pour les autres patients que j'ai pu prendre en soin, il y a sûrement des choses qui nous tiennent à cœur lorsque le soignant se trouve dans cette situation d'identification projective.

De plus, le soignant ayant vécu la même histoire que le patient, peut lui apporter des conseils personnels, qu'un autre infirmier ne pourra peut être pas lui apporter. Certes, il pourra lui apporter des conseils théoriques, mais il n'aura peut-être pas la même approche par rapport à un soignant ayant la même pathologie, ou qui a bénéficié d'une chirurgie similaire par exemple. Je prends exemple de ma situation d'appel avec le patient diabétique de type 1. Comme expliqué précédemment, je suis également diabétique de type 1 et lors de la situation, je devais effectuer une séance d'éducation thérapeutique pour expliquer au patient le dispositif du free style libre, que j'ai pu moi-même utiliser et que j'utilise encore actuellement. Durant cette séance avec le patient, étant étudiante, je ne lui ai pas dit que j'avais la même pathologie que lui, car je ne savais pas vraiment comment cela pouvait être perçu, autant par l'équipe soignante, que par le patient et ses parents, présents lors de la séance d'éducation thérapeutique. Avec du recul, je pense que j'aurais pu, de part mon expérience personnelle, apporter quelque chose en plus à ce patient, du réconfort, des conseils, et de la réassurance, car j'ai pu comprendre les émotions du patient et de ses parents dans ce moment difficile, le fait de devoir accepter une maladie chronique.

Néanmoins, il est vrai que ce mécanisme de défense peut apporter certaines difficultés au soignant lors de la prise en soin d'un patient, comme a pu me dire l'IDE 2. Cela peut impacter la relation et la modifier. L'IDE 2 a pu également me dire « **la relation peut être différente** ». Par exemple, le soignant peut prendre peut-être plus de temps pour un soin, quand le patient lui fait référence à un proche ou à une situation personnelle vécue, notamment en discutant avec le patient par exemple. Inconsciemment, nous pouvons passer plus de temps avec un patient qu'avec un autre, et c'est ici que le mécanisme de l'identification projective peut avoir un impact négatif sur le prendre soin.

#### 5.6. La qualité des soins

Concernant la qualité des soins, je vais mettre en corrélation ce que j'ai pu trouver dans les ouvrages, et ce que les infirmières ont pu me dire sur cette notion. Je donnerais par la suite ma propre définition de la qualité des soins. Tout d'abord, Walter Hesbeen a pu donner une définition qui correspond à ce que je pense de la qualité des soins. Il dit « L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés avec leurs connaissances de nature scientifique et leur habilités techniques, y apparaissent comme les déterminants essentiels d'un soin de qualité ». L'IDE 1 a pu me donner également les facteurs importants qui représentent la qualité des soins. Selon elle, il faudrait « adapter notre prise en soin » et « respecter les souhaits des patients ». Elle me dit également qu'il faut « prendre en soin un patient avec ses émotions », « et son vécu personnel ». Je la rejoins dans sa réflexion, car pour moi, la qualité des soins se traduirait par le fait de prendre en compte le patient

pour adapter notre prise en soin, d'être à l'écoute, de respecter son « corps » et son « esprit ». Il reste important également de respecter les protocoles de soins, entre autres l'asepsie et l'hygiène, pour favoriser un soin de qualité.

### 5.7. Les besoins des patients

Quant aux besoins des patients, dans mon cadre conceptuel, j'ai pu parler des théories de Virginia Henderson et de Abraham Maslow, avec les 14 besoins fondamentaux et la Pyramide de Maslow. Les infirmières ont pu également évoquer ce qui pour elles, représente les besoins des patients. L'IDE 1 a pu dire que les patients « ont besoin qu'on soit là pour eux » et « prendre le temps d'être avec eux ». De plus, elle m'explique « par exemple en voyant ma grand-mère, il y avait des choses que j'aurais aimé qu'il se passe pour elle », « des besoins qu'elle avait, qui n'ont pas forcément été respectés », « du coup je faisais plus attention à ça ». Cette phrase que l'infirmière a pu dire m'a interpellé car elle a pu remarquer grâce au mécanisme de l'identification projective, des besoins que les patients ont, et des petits détails qui parfois sont oubliés par les soignants alors qu'ils sont importants. Elle a pu, de ce fait, prendre conscience de la façon de prendre en soin le patient, de part son expérience personnelle vécue.

J'ai pu remarquer lors de certaines situations avec des patients, notamment avec mes situations d'appels, que je faisais attention aux petits détails qui pouvaient pour moi faire la différence. Je me sentais investie dans ma prise en soin, et dans la relation que j'entretenais avec le patient. Certes, j'essaye de prendre en soin les patients de la même manière sans faire de différences, mais il est vrai qu'inconsciemment, comme ont pu évoquer les infirmières, les soignants peuvent ne pas s'en rendre compte, et avoir plus « **d'affect** » avec certains patients qu'avec d'autres. De plus, l'IDE 2 a pu me dire que « **c'est humain** », et je suis du même avis qu'elle, à partir du moment où ça n'entrave pas la relation entre le soignant et le patient ainsi que la qualité du soin.

### 5.8. Les impacts du mécanisme de l'identification projective sur la qualité des soins

J'ai voulu grâce à ma question de départ, savoir quels étaient les impacts du mécanisme de l'identification projective sur la qualité des soins au patient. Avec le recueil de données réalisé auprès des deux infirmières interviewées, j'ai pu relever certains aspects. Premièrement, l'IDE 2 explique « **Je pense qu'on a pas forcément le même comportement si ils nous font penser à quelqu'un qu'on apprécie beaucoup, nos grand-parents, nos parents** ». Il est assez évident que le soignant peut ne pas adopter le même comportement face à différents patients, puisque chaque être humain éprouve différentes émotions face à différentes situations. Cela peut avoir des bénéfices sur les prises en soin ou au contraire entraver celles-ci puisque il peut y avoir certaines différences à l'égard des patients

qui ne font pas référence à un proche ou à la situation personnelle de l'infirmière. De plus, l'IDE 2 argumente ses propos en disant « ***Je m'en rend pas forcément compte mais je pense forcément que ça change, c'est compliqué à expliquer*** ». Il est vrai que le mécanisme de l'identification projective est un mécanisme inconscient, donc le soignant concerné ne se rend pas forcément compte des impacts que cela peut engendrer. Effectivement, cela peut impacter les soins et leur qualité mais le soignant peut ne pas être objectif, et passer à côté de certains aspects, étant donné que l'identification projective apparaît inconsciemment. Elle termine par dire « ***après peut être que sans nous rendre compte, ça impacte les soins*** ».

Néanmoins, lors de mes entretiens, j'ai pu également relever certains aspects qui pouvaient freiner la relation soignant/soigné et avoir un certain impact sur la qualité des soins. L'IDE 1 a pu dire « notre prise en charge n'est pas efficiente dans ces cas là » pour parler d'une situation vécue où le mécanisme de l'identification projective était présent et où la situation est trop difficile à gérer pour le soignant. Elle a argumenté ses propos en poursuivant « c'est là que tu te rends compte que tu apparaît dans une limite de ce que tu es capable de faire ». Je pense qu'il peut être difficile pour l'infirmier, de prendre en soin un patient lui faisant référence à un proche ou à son histoire personnelle. Je dirais que cela peut faire remonter des souvenirs personnels douloureux, comme le décès de quelqu'un de proche, une pathologie lourde comme le cancer par exemple, ou même des pathologies chroniques pour lesquelles cela est difficile à accepter parfois. En l'occurrence, l'IDE 1 évoquait le décès de sa grand-mère, suite à un cancer du pancréas, et cette patiente qui lui faisait penser à sa grand-mère, de part sa semblable pathologie, et la situation de la patiente dans sa globalité qui était pour l'infirmière trop douloureuse et difficile à prendre en soin et à gérer. De plus, elle a pu dire que « ça modifie notre prise en charge, notre prise en soin parce qu'on est impacté ». Je suis assez d'accord avec l'IDE 1 car je pense tout comme elle que si l'identification projective est trop présente, cela sera sûrement trop douloureux et compliqué à maîtriser pour l'infirmier. Cela pourrait donc déstabiliser le soignant dans son soin par exemple ou nuire à la relation avec le patient.

#### 5.9. Les solutions envisageables et les attitudes à adopter afin d'appréhender une prise en soin auprès d'un patient où l'identification projective est présente

Je vais à présent évoquer les solutions envisageables et les attitudes à adopter face à une situation avec un patient, où le mécanisme de l'identification projective est présent. Tout d'abord, je suis du même avis que l'IDE 1 qui me fait part « je pense qu'on a quand même la possibilité de donner, de passer le relais à nos collègues ». Il est vrai, que dans notre profession, nous avons l'avantage de travailler en équipe et donc la possibilité de passer le relais à ses collègues, lorsque la situation s'avère délicate et difficile émotionnellement pour le soignant. Pour moi, il faut également

oser en discuter avec l'ensemble de l'équipe, lorsque cela atteint nos limites personnelles. En effet, l'IDE 1 évoque « c'est après en discutant avec l'équipe qu'on voit qu'elles ont des solutions à la prise en soin ». Effectivement, lorsque le soignant est confronté au mécanisme de l'identification projective, celui-ci peut se trouver en difficultés face aux soins, et ne pas se trouver en accord avec la prise en soin de ce patient, face aux difficultés émotionnelles par exemple. Le travail d'équipe permet ainsi, de trouver parmi les différents professionnels, des solutions envisageables, que le soignant concerné n'arrive pas à trouver par lui-même.

Dans notre métier, il faut savoir garder notre professionnalisme et la juste distance avec le patient, comme a pu me le dire l'IDE 1. Selon moi, il est également important de rester soi-même face au patient, comme à pu évoquer l'IDE 2. Je pense que nous pouvons dire à un patient que nous avons vécu une histoire similaire à la sienne, comme une même pathologie par exemple, comme dans la situation d'appel n°2 mais cela dépend du patient et de la proximité que nous avons avec lui. C'est assez délicat, car nous ne pouvons pas savoir comment cela peut être perçu, mais je pense que cela peut être réellement bénéfique pour le patient, à partir du moment où nous trouvons la bonne manière d'amener les choses, sans trop entrer dans la sphère privée du soignant. Tout est une question de dosage et de diplomatie. Si nous voyons que le patient en question est accessible et que cela fait un moment que nous le prenons en soin, je pense que nous pouvons parler de notre expérience personnelle. En tant que professionnelle, si je suis confrontée à une situation similaire à celle de ma situation d'appel, avec le patient diabétique de type 1, je pense que je pourrais alors me permettre de lui évoquer ma situation et mon expérience personnelle, sans trop entrer dans les détails, et en gardant la bonne distance. Tout dépend de la relation instaurée au départ, et de l'état psychologique du patient. L'IDE 1 ne partage pas le même avis, car selon elle, il ne « faut pas faire ressentir » au patient ses émotions personnelles. De plus, elle me dit « Je pense pas qu'il faut dire au patient qu'on a vécu les mêmes choses », car pour elle, cela « rentre dans du domaine de la vie privée » et elle « pense que ça ne les regarde pas ». Elle termine par me dire « il faut savoir faire la part des choses » entre la sphère privée et la sphère professionnelle, dans la relation et le prendre soin du patient.

Pour rebondir sur ses propos, certes il est important de faire la part des choses entre le domaine privé et le domaine professionnel, mais il me semble possible de mettre en corrélation dans une situation donnée, son expérience personnelle auprès du patient, si cela le permet à ce moment précis. De plus, comme ont pu me dire les infirmières interrogées, il me paraît délicat de dire à un patient qu'il fait référence à quelqu'un de l'entourage, comme dans ma première situation d'appel, où la patiente me faisait penser à ma grand-mère. Mais encore une fois, je serais d'avis pour dire que cela dépend du patient et de la relation que le soignant entretient avec lui. Je pense que cela dépend

aussi de la personnalité du soignant, certains ont peut être plus de facilité à se livrer sur leur vie personnelle et n'ont peut être pas la même approche sur le mécanisme de l'identification projective. La question que je me suis posée, est de savoir si cela a un réel bénéfice pour le patient de lui dire qu'il nous fait penser à quelqu'un de notre entourage. Je pense que dans ce cas de figure, cela n'apporte pas grand intérêt au patient de le savoir, mais peut-être une part de réconfort pour le soignant concerné.

## **Conclusion**

Pour conclure mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je vais revenir sur mon chemin de réflexion depuis l'émergence de mon thème et de ma question de départ, jusqu'à aujourd'hui. Je suis tout d'abord partie des mes deux situations d'appel vécues en stage en Soins de Suite Polyvalents au semestre 4 et en service de Diabétologie au semestre 5. J'ai pu mettre en évidence les questionnements que j'ai pu me poser à la suite de ces deux situations, afin de définir ma question de départ : ***Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ?***

Par la suite, j'ai orienté mes recherches et mes lectures sur trois grands concepts que j'ai pu mettre en évidence lors de ces questionnements et qui me semblait important d'évoquer dans mon travail de recherche, l'identification projective, le prendre soin et la qualité des soins. J'ai donc cherché des ouvrages, des articles, des sites internet en lien avec ces grandes notions, afin d'y trouver les définitions et les différents processus. Il a fallu définir ces trois concepts et les mettre en lien, ce qui n'a pas été évident parfois, étant donné ma question de départ assez spécifique. Je n'ai pas pu trouver toujours des réponses à mes questions afin de mettre en lien ses trois concepts. Cependant, mes différentes lectures et recherches ont permis d'apporter de réels apports théoriques à mon cadre conceptuel, mais j'ai parfois éprouvé certaines difficultés, sur le choix des apports théoriques, afin de ne pas aller trop loin dans ma réflexion personnelle. J'ai ensuite pu interroger deux infirmières afin de mettre en corrélation mon cadre conceptuel et les apports théoriques, avec le terrain professionnel, afin de disposer davantage de ressources, et de différents points de vue. De ce fait, j'ai pu réaliser l'analyse de ces deux entretiens puis rédiger une discussion dans laquelle j'ai pu mettre en avant mon avis personnel en corrélation avec la théorie et les avis convergents ou divergents des deux infirmières.

Ce travail de recherche m'a appris beaucoup, et a permis également de savoir ce qu'était le mécanisme de l'identification projective, les impacts que celui-ci peut avoir sur la prise en soin d'un

patient et sur la qualité des soins. J'ai pu mettre aussi en évidence les notions d'émotion professionnelle, de relation soignant-soigné et d'alliance thérapeutique, ainsi que des besoins des patients qui sont pour moi des notions essentielles que l'on retrouve dans la profession d'infirmier. Suite à l'émergence de ma question de départ, je ne savais pas vraiment où cela allait me mener, et je ne savais pas également comment j'allais pouvoir me positionner en tant que future professionnelle après l'obtention de mon diplôme d'État. De ce fait, j'ai pu dans la discussion mettre en avant mon point de vue et réfléchir à mon positionnement, ce qui a été très enrichissant dans ce travail de recherche, puisque j'ai pu adopter une posture réflexive sur les situations vécues en stage, sur les opinions des infirmières et sur le cadre conceptuel.

Je terminerais par dire que dans différents services, avec différents soignants, pour en avoir échangé avec eux, le mécanisme de l'identification projective peut être présent et que nous pouvons tous être confronté un jour, nous, soignant, à ce mécanisme. Nous sommes avant tout humain, avec des émotions, et cela reste inévitable de s'identifier à un patient, de part nos expériences personnelles. A l'inverse, il peut être question également des émotions du patient à l'égard du professionnel de santé. Afin de poursuivre ce travail, c'est ainsi que je pose la question de recherche suivante : ***En quoi l'identification du patient envers le soignant peut impacter la qualité du soin et la pratique professionnelle de l'infirmier ?*** Il existe de nombreux mécanismes de défense et je trouve cela intéressant de poursuivre ce travail de recherche en explorant le sujet du patient et de ses émotions, de son identification au soignant ainsi que des impacts que cela peut avoir sur la pratique professionnelle de l'infirmier. Il serait également intéressant de comparer le mécanisme de l'identification projective et celui de l'identification du patient envers le soignant.

## **Bibliographie et webographie**

### Ouvrages

- Les mécanismes de défenses : Théorie et Clinique, Serban IONESCU, Marie-Madeleine JACQUET, Claude LHOTE, Paris : Nathan, 2010
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, J.Christopher PERRY, MASSON (édition) 2009
- Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants, Martine RUSZNIEWSKI, DUNOD (édition)
- Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, Monique FORMARIER (2012)
- La qualité du soin infirmier, De la réflexion éthique à une pratique de qualité, 3ème édition, Walter HESBEEN (2017)
- La qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante, Walter HESBEEN (2007)
- La place des émotions lors du soin, La place des émotions de l'infirmier lors de l'accompagnement du patient mourant, Éditions universitaires européennes, Emmanuel Guillemot (2014)

### Articles

- Les émotions professionnelles des soignants, Valérie LEPROVOT, Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, 161, p. 42-47, 01/06/2006
- Compétence émotionnelle et implication des soignants, Arnaud GAUTIER, Objectif Soins Management, 248, 09/2016
- Le caring est-il prendre soin ? », Walter Hesbeen, Perspective soignante, n°4, p.30-48, 1999
- L'alliance thérapeutique au cœur de la relation d'aide, Laurence Bouffette, Laurent Attia, Corinne Isnard-Bagnis, Soins, n°746, p.32-35, 06/2010
- L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Antoine Bioy, Maximilien Bachelart, Dans Perspectives psy, 2010/4 (Vol.49), pages 317 à 326



## Cours théoriques de l'institut de formation en soins infirmiers du CHU de Rennes

- Cours sur la communication non verbale (UE 4.2 semestre 2) par Christine Le Bihan
- Cours sur les différents types de relations (UE 1.1 semestre 2) par Françoise Esnault
- Cours sur les dynamiques relationnelles : l'alliance thérapeutique ( UE 1.1 semestre 2) visé et ajusté par Hélène Boudet

## Sites internet

### - consulté en décembre 2020

- <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>
- <https://applisoins.fr/a/soins-infirmiers-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson>
- <https://www.psychologue.net/articles/la-pyramide-de-maslow-la-theorie-des-besoins>
- <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-1-page-141.htm>
- <https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/lidentification-projective/>

### - consulté en janvier 2021

- <https://www.psychologue.net/articles/12-mecanismes-de-defense-inconscients-partie-1>
- <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants>
- <http://psyifsi.over-blog.com/article-cours-2-les-mecanismes-de-defense-et-d-adaptation-psychologie-et-sante-37787633.html>
- <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne#reacion-soignant-soigne>

### - consulté en mars 2021

- [http://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie\\_14\\_BESOINS\\_FONDAMENTAUX\\_VIRGINIA\\_HENDERSON.pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf)
- <https://www.observatoire-management.org/single-post/2016/11/02/Pyramide-de-Maslow>
- <https://www.fnac.com/Donald-Woods-Winnicott/ia22627/bio>
- [https://moodle.ifchurennes.fr/pluginfile.php/14776/mod\\_scorm/content/1/index\\_lms\\_html5.html](https://moodle.ifchurennes.fr/pluginfile.php/14776/mod_scorm/content/1/index_lms_html5.html)
- [http://www.infos-patients.fr/communiquer\\_information\\_patient\\_annonce\\_diagnostic\\_annonce\\_maladie\\_grave\\_entretien\\_medecin\\_patient/identifier\\_les\\_besoins\\_entretien\\_medecin\\_patient/les\\_besoins\\_des\\_patients.html](http://www.infos-patients.fr/communiquer_information_patient_annonce_diagnostic_annonce_maladie_grave_entretien_medecin_patient/identifier_les_besoins_entretien_medecin_patient/les_besoins_des_patients.html)

## **Annexes**

### **I. Guide d'entretien**

I.I. Introduction de l'entretien

I.II. Objectifs ou thèmes que je souhaite explorer lors de mes entretiens

I.III. Questions posées à partir du cadre théorique et de la question de départ

I.IV. Conclusion de l'entretien

### **II. Retranscription des entretiens**

II.I. 1<sup>er</sup> entretien

II.II. 2ème entretien

III. Tableau d'analyse

### **L'abstract**

## **I. Guide d'entretien**

### **I.I. Introduction de l'entretien**

Bonjour,

Je suis Julianne Bodier, étudiante en troisième année à l'IFSI de Rennes. Dans le cadre de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je réalise cet entretien avec vous, afin d'avoir davantage d'informations sur mon sujet de mémoire, que je vous dévoilerais seulement à la fin de l'entretien.

Je souhaiterais avoir des informations complémentaires, afin de savoir comment les infirmiers peuvent réagir face à ce genre de situations et comment cela est pris en compte.

Cet entretien restera anonyme, et si vous me le permettez, j'enregistrerai nos échanges, afin de faciliter mon travail en aval de notre entretien.

### **I.II. Objectifs ou thèmes que je souhaite explorer lors de mes entretiens**

- L'identification projective : Prise en soin d'un patient qui fait penser à un proche ou à une situation personnelle vécue par l'infirmière
- Le prendre soin dans le contexte d'identification projective
- La qualité des soins

### **I.III. Questions posées à partir du cadre théorique et de la question de départ**

- Quel est votre parcours professionnel ? Pourquoi avez – vous choisi le métier d'infirmière ?
- Qu'est ce que le prendre soin évoque pour vous ?
- Pouvez–vous me décrire une situation de soin où un patient vous faisait penser à un proche ?

#### **Reformulation (réaction - émotion...)**

- Pouvez – vous me décrire une situation de soin qui vous faisait penser à une situation personnelle que vous ou un proche à vécu ? **Reformulation**

#### **(Comment avez-vous réagi ou comment réagiriez-vous si vous étiez concernée par ce genre de situation ? Avez-vous ressenti certaines émotions ?)**

- Selon vous, peut-on dire à un patient que nous avons vécu la « même histoire », la même situation que lui ?

- Est-ce possible selon vous, d'exprimer à ce patient qu'il ou elle nous fait penser à quelqu'un de notre entourage ?

- Est-ce que la façon de prendre en soin ce(tte) patient(e) était différente, par rapport à un(e) autre patient(e) ?

**(Si oui, comment cela s'est déroulé ? Qu'avez vous fait de plus ou de moins ?)**

- Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ?

**(L'identification projective est un mécanisme de défense qui consiste à s'identifier à la situation d'un patient, que nous avons vécu personnellement, ou quand un patient nous fait référence à un proche).**

#### I.IV. Conclusion de l'entretien

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé, comme je l'ai dit précédemment, cet entretien reste anonyme.

## **II. Retranscription des entretiens infirmiers**

### II.1. 1<sup>er</sup> entretien

Anna (prénom d'emprunt), infirmière, travaille actuellement en service de soins de suite polyvalents gériatrique.

**ESI** : Donc ma première question, c'est : Quel est ton parcours professionnel et pourquoi as-tu choisi le métier d'infirmière ?

**IDE** : Alors, j'ai choisi le métier d'infirmière depuis le collège, je pense qu'il y a un peu du fait que mon grand-père était infirmier et il m'a toujours parler de son métier avec passion, donc je pense que déjà, ça m'a donner envie de découvrir un peu ce que c'était. Après j'ai ma sœur également qui a fait l'école d'infirmière donc du coup, je rentrais un peu plus dans le vif du sujet, elle a été diplômée en 2015 donc moi je suis rentrée à l'école cette année là...

**ESI** : D'accord

**IDE** : Après au niveau de mon parcours professionnel, je suis passé un peu par des petits boulots au début, qui m'ont confirmé que c'était pas ça que je voulais faire du tout. Après, j'ai travaillé dans le laboratoire à Pontchaillou, donc là, j'entrais un peu plus dans le domaine médical, on va dire, et le

travail d'équipe. C'est vrai que ça me plaisait pas mal, après j'avoue, à ce moment là, j'ai hésité à passer mon BTS, pour être technicienne de labo. Donc j'avais pas le concours infirmier, et donc après j'ai eu mon concours quand j'étais employée là bas, et je suis rentrée à l'école en 2015, à Pontchaillou et j'ai été diplômée en 2018. Du coup, à la suite de mon diplôme, j'ai travaillé de juillet à septembre en néonatalogie en soins intensifs à l'hôpital Sud. J'étais de nuit, c'était très compliqué, parce que, parce qu'en fait, j'avais jamais fais de stage là dedans, je me sentais plus prise comme une étudiante plutôt que comme un professionnel, comme un nouveau professionnel. Je n'ai pas trouvé que j'ai eu un très bon encadrement et du coup, suite à ça, mon contrat se terminait, et j'ai postulé au Pôle Gériatrique à Chantepie, donc avec la personne âgée. J'ai commencé en octobre 2018, en soins de suite, et j'y suis du coup depuis, j'ai eu un CDI en avril 2020, donc ça va faire un an, voilà, petit parcours professionnel pour l'instant.

**ESI :** OK, très bien, donc ma deuxième question, c'est : qu'est ce que le prendre soin évoque pour toi?

**IDE :** Prendre en soin un patient, ce qui évoque pour moi, c'est prendre en soin un patient et son entourage, on s'occupe pas que d'une personne, il faut vraiment prendre, d'autant plus en SSR, il faut vraiment prendre la dynamique de la famille en compte, aussi de son environnement, du domicile. Prendre en soin, c'est respecter aussi les souhaits du patient, c'est pas uniquement faire comme nous on a envie mais vraiment essayer d'adapter notre prise en charge ou notre prise en soin, au patient, s'adapter à son rythme, à ses habitudes de vie. En hospitalisation, c'est pas toujours facile, du fait que forcément il y a les soucis d'effectifs, parfois des problématiques qu'on rencontre dans nos journées, qui fait qu'on n'est pas forcément satisfait de son soin. Mais dans l'ensemble, c'est prendre en soin le patient dans sa globalité et essayer de se rapprocher le plus de ce qu'il a besoin à l'instant T et d'un jour à l'autre ça peut être totalement modifier en fait, et d'une personne à l'autre surtout, c'est pas du tout la même chose. Il y a des patients, par exemple, moi en tout cas, en gériatrie, qui ont pas du tout de famille, donc ils ont besoin qu'on soit là pour eux, notamment pour discuter des fois de la pluie et du beau temps, des fois c'est pas grand-chose, mais prendre le temps d'être avec eux et remplacer entre guillemets un petit peu la famille, leur faire passer le temps, parce que parfois aussi c'est un peu long pour eux, et trouver des solutions pour leur devenir, donc voilà.

**ESI :** Ok, très bien, ma troisième question, c'est : Peux-tu me décrire une situation de soin, où un/une patiente te faisait penser à un proche ?

**IDE :** Oui, il y a pas si longtemps que ça, j'étais confrontée à une patiente, qui avait un cancer du pancréas en phase terminale, ce qui impliquait un état très diminué, elle était totalement jaune, elle

avait la jaunisse, du fait de son cancer du pancréas. C'est vrai que c'était très compliqué, parce que j'ai ma grand-mère qui est décédée d'un cancer du pancréas et où elle était un peu dans le même état, vers la fin. Et c'est vrai que c'est très compliqué, du fait qu'on fait forcément, un petit peu de transfert, de nos émotions vécues, dans notre vie personnelle, et faut pas faire ressentir, fin du moins, je pense, je pense qu'on peut montrer un peu, quand même notre émotion, je pense, à la famille, ce qui montre aussi qu'on est quelqu'un d'humain, après c'est vrai qu'il faut garder notre professionnalisme et notre distance. Et oui, c'est pas toujours évident c'est vrai de prendre quelqu'un en soin quand on a vécu des choses dans notre vie personnelle qui est renvoyé par cette patiente. Mais je pense que dans ces cas là, on peut toujours se permettre de, fin moi il y a des fois où je me sentais pas capable, surtout quand elle était à la fin fin, je trouvais ça difficile, et ben du coup c'était ma collègue qui s'en occupait et moi je lui prenais un patient. Je pense qu'on a quand même la possibilité de donner, de passer le relais en fait à nos collègue et je pense que c'est important dans ces moments là, quand on se sent un petit peu en difficulté de le faire, parce que notre prise en charge n'est pas efficiente dans ces cas là.

**ESI :** Oui, d'accord, et quand tu dis que, forcément, être dans la situation comme ça qui te fais penser à celle d'un proche, forcément on a des émotions qui font fasse et comment ça se manifestait ces émotions, est-ce que c'était plus des choses intérieures, tu y réfléchissais sur le moment même, où tu t'en rendais compte après réflexion ?

**IDE :** Non, je pense que sur le moment même, on se rend pas trop compte, c'est après en discutant avec l'équipe en fait, et qu'on voit qu'elles ont des solutions à la prise en soin et que toi tu penses pas forcément à ça. C'est là que tu te rends compte que là, tu apparais dans une limite de toi ce que tu es capable de faire. Et je pense que oui, c'est en réfléchissant après, je pense que sur l'instant, non en soit, je m'en occupais comme une patiente, peut importe laquelle en fait, avec sa pathologie et ses difficultés du moment, c'est plus après que tu en discute que c'est difficile et que des fois quand tu rentre chez toi, tu y repense en fait.

**ESI :** Oui, ok, et donc j'ai une question, la prochaine elle est un peu similaire, c'est : Peux-tu me décrire une situation de soin qui t'as fais penser à une situation personnelle que toi où un proche à vécu ? Donc là c'est à peu près la même chose, mais est-ce que par exemple, toi tu as vécu une situation de soin où c'était toi qui était au centre, c'était toi qui avait vécu cette situation là, plutôt qu'un proche ?

**IDE :** Non, je pense pas.

**ESI :** D'accord, et donc ma question d'après, bon tu as répondu un peu avant, c'était : comment avez-

vous réagi si vous étiez concerné par ce genre de situation ? Avez-vous ressenti certaines émotions ? Donc oui, tu m'as répondu un petit peu à ces questions-là. Et donc selon toi, est ce qu'on peut dire à un patient que nous avons vécu la même histoire, la même situation que lui ? Tu m'en a parlé aussi un petit peu avant.

**IDE :** Mais non, je pense que de toute façon non, je pense pas qu'il faut dire au patient qu'on a vécu les mêmes choses, parce que en soit, lui pour sa prise en charge ça lui change rien. Après je pense que c'est important, pour le patient, même quand il voit que quelqu'un est un peu touché par son histoire. Et je pense que des fois, ça crée un peu une relation entre le soignant et le patient et oui je pense que c'est important pour eux de voir qu'ils sont considérés comme une personne et pas comme un numéro de chambre, comme une pathologie,...

**ESI :** D'accord, oui, ça marche, donc est-ce que pour toi c'est possible aussi, donc ça revient un peu au même, d'exprimer à ce patient que il ou elle nous fait penser à quelqu'un de notre entourage, par exemple avec la situation de ta grand-mère, est-ce que pour toi c'est envisageable de dire à cette patient qu'elle te fait penser à quelqu'un de ton entourage ?

**IDE :** Non, parce que je pense que là, on rentre dans du domaine de la vie privée et je pense que ça ne les regarde pas en fait. Même si ça modifie notre prise en charge, notre prise en soin parce qu'on est impacté, et ce qui normalement ne devrait pas être le cas, en tout cas de modifier la prise en soin, je pense que c'est important que le patient sache pas, parce que là ça rentre vraiment dans le domaine privé, il faut savoir faire la part des choses je pense.

**ESI :** Ok, d'accord, et du coup est-ce que la façon de prendre cette patiente ou ce patient était différente par rapport à un autre patient ?

**IDE :** Disons que, oui et non, parce que en soit ça reste un patient comme un autre, qui a des besoin, et je pense que j'essaye au maximum, moi, dans ma prise en soin de m'adapter au patient et pas de faire un copier coller de chambre en chambre. Après oui forcément c'est un peu modifié, parce qu'il y a le sentiment personnel qui remonte, l'histoire personnelle qui remonte aussi donc je pense qu'il y a des petites choses peut-être qui, moi par exemple en voyant ma grand-mère, il y a des choses que j'aurais aimé qui se passe pour elle, fin des besoins qu'elle avait, et qui n'ont pas forcément été respectés entre guillemet. Du coup, je pense que je fais un peu plus attention à ça, et notamment aussi auprès de la famille, qu'ils soient quand même assez considérés dans la prise en soin, et qu'il y ai pas que le patient. Parce qu'en général, dans ces moments là, fin nous d'autant plus que c'est des personnes âgées, ils attendent qu'on les accompagnent mais en règle générale, ils le disent qu'ils attendent, fin la plupart ils ont leur femme ou leur mari décédé donc ils attendent qu'une chose c'est

de partir. Et ils le disent bien qu' eux ils ont tout vécu mais pour la famille ça reste compliqué, c'est des moments difficiles et je pense que oui, ce n'est pas toujours facile.

**ESI** : D'accord, donc ma question, ensuite, c'était qu'avez-vous fait de plus ou de moins avec ce(tte) patient(e) au niveau de la prise en soin ? Donc là, tu m'as dit que forcément tu te réfères à ton histoire personnelle donc du coup tu fais attention à des petits détails.

**IDE** : Et puis je pense que, oui c'est ça, et puis je pense que là, d'autant plus c'est une situation de fin de vie et je pense que c'est hyper important d'être au petit soin on va dire, et de leur apporter peu des petits moment, entre guillemets de bonheur dans une phase compliquée. Même la famille, on ressent leur émotions auprès de leur proche, et leur comportement est changé et je pense que c'est important qu'il voient aussi, que le soignant est impacté et s'en fou pas entre guillemet de ce qu'il vit.

**ESI** : D'accord ça marche, là on est rendu à ma dernière question, donc c'est ma question de départ de mon mémoire. Donc ma question de départ, c'est : Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : en quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ? En sachant que l'identification projective, donc tout à l'heure tu m'a parler de transfert, c'est un mécanisme de défense qui consiste à s'identifier à la situation d'un patient, que nous avons vécu personnellement, où quand un patient nous fait référence à un proche en fait.

Donc voilà c'était ma dernière question, par rapport à ma question de départ. Après tu as déjà répondu avant donc c'est parfait. En tout cas merci, je ne sais pas si tu veux ajouter autre chose ?

**IDE** : Non après, moi c'est ce que je dis, je pense que notre travail, même si à l'école on nous dit les émotions faut les laisser à l'extérieur de la chambre, je pense que honnêtement, dans notre cursus, et moi ça m'est déjà arrivé dans notre parcours professionnel, ou il y a des moments où la famille à besoin de voir qu'on est impacté par la situation. Bien sur, il faut pas être plus effondré que la famille ça c'est clair mais je pense que c'est important pour la famille et pour le patient de voir que la personne en face, a quand même.., fin c'est un être humain et qu'on les prend en considération et qu'on a quand même des émotions. Et même si c'est une fin de vie, qu'on prend quand même en compte la personne, les besoins qu'ils ont, et qu'on a quand même nous aussi un cœur et qu'on est là. Je pense que c'est important de soigner, de prendre en soin un patient avec ses émotions et avec son vécu personnel parce qu'il y a des choses qui vont être un peu modifiées, que si tu fais les choses d'une manière lambda.

**ESI** : Super, très bien, merci en tout cas pour cet échange, merci d'avoir accepté de répondre à mes



questions.

**IDE** : Il n y a pas de problème, c'est avec plaisir.

## II.II. 2ème entretien

Léa (prénom d'emprunt), infirmière, travaille actuellement en cabinet libéral et à travailler en service de rééducation gériatrique.

**ESI** : Alors ma première question, c'est une question un petit peu globale, c'est quel est ton parcours professionnel et pourquoi tu as choisi le métier d'infirmière ?

**IDE** : Alors, moi j'ai été diplômée en juillet 2016, j'ai fait deux mois en EHPAD, j'ai ensuite été prise à l'hôpital, au CH de La Rochelle, j'ai fait un an et demi avant puis deux ans au pool gériatrique, deux ans en service de rééducation gériatrique et donc là je débute juste le libéral. Pourquoi je fais ce métier, j'ai toujours aimé être auprès des gens, prendre soin d'eux, les accompagner, dans les actes de la vie quotidienne, le social et les soins.

**ESI** : Alors ensuite, ma deuxième question c'est : Qu'est ce que le prendre soin évoque pour toi ?

**IDE** : Le prendre soin, c'est pour moi une notion d'accompagnement dans le bien-être, c'est vrai que c'est assez global, c'est la base de notre métier, c'est l'accompagnement et le bien-être.

**ESI** : D'accord, la troisième question c'est : Peux-tu me décrire une situation de soin où un patient te faisais penser à un proche ?

**IDE** : Oui, c'est vrai que c'est quelque chose qui peut arriver, là récemment, c'est vrai que j'ai pris soin d'un patient qui me faisait penser au grand-père de mon compagnon pour le coup, donc c'était pas forcément dans sa pathologie ni dans son physique, c'était vraiment dans son comportement, il avait beaucoup de mimiques qui lui ressemblaient, après voilà je pense que c'est inévitable dans notre métier, je pense qu'il y a forcément un peu un effet miroir, je crois qu'on appelle ça comme ça, où on se projette, où on voit des gens qui nous font penser à quelqu'un de proche, dans les pathologies, dans l'âge, si on voit une date de naissance, si je vois par exemple 1988, ça me fait penser à mon frère, il y a forcément des choses comme ça où on se projette et où ça nous fait penser à quelqu'un. C'est vrai que c'est la situation la plus récente donc c'est à elle que je pense mais c'est arrivé plusieurs fois déjà.

**ESI** : D'accord, et quelle était ta réaction et as tu ressenti certaines émotions quand tu as pris en soin ce patient par exemple ou d'autre patient qui te faisaient penser à quelqu'un de ton entourage ?

**IDE** : C'est vrai que sans forcément s'en rendre compte, je pense qu'on a pas forcément le même comportement, si ils nous font penser à quelqu'un qu'on apprécie beaucoup, nos grand-parents, nos parents, peut importe, il y a forcément l'affect qui joue, je m'en rend pas forcément compte mais je pense que forcément ça change, c'est compliqué à expliquer, j'ai l'impression que je le prend en soin exactement comme les autres mais au fond de moi, j'ai un petit sentiment où je me dit ça me fait penser à ma grand-mère, on a pas la même attache, c'est vrai que c'est humain et inévitable.

**ESI** : D'accord, et par exemple, je reviens sur ta situation, quand tu dis que le patient avait un comportement, des mimiques qui te faisaient penser à quelqu'un, ça se traduisait comment ?

**IDE** : C'était des petites expressions, des expressions du visage, des petits regards en coin qui me faisaient penser à cette personne en fait, c'était vraiment des mimiques.

**ESI** : D'accord

**IDE** : Mais c'est vrai qu'avec d'autres patients, c'était plus dans les paroles, d'autres situations où c'était physique, c'est vrai qu'en travaillant en gériatrie, ça peut être des patients qui te font penser à tes grands – parents aussi, qui leur ressemble, ou qui ont des paroles un peu pareil.

**ESI** : D'accord, et donc la prochaine question, c'est une question qui se rapproche un peu de la précédente, c'est : Peux tu me décrire une situation de soin, qui te faisait penser à une situation personnelle que toi ou un proche à vécue ?

**IDE** : Je commence juste le libéral et c'est vrai que ça me fait forcément penser à mes grands-parents, c'est vrai qu'elle a été rapidement mise en institution, mais avant elle avait des infirmières libérales qui venaient, donc je me dis que c'est vraiment très important tous les soins qu'on fait, après je n'ai pas forcément une situation, un acte précis qui me vient en tête, c'est plus la prise en soin en globalité en faite.

**ESI** : D'accord, très bien. Ensuite la prochaine question, tu y as déjà un peu répondu précédemment, c'est : Comment as-tu réagis ou comment réagirais-tu si tu étais confrontée à ce genre de situation ? As-tu ressenti certaines émotions ? Souhaites-tu ajouter autre chose ?

**IDE** : Oui, c'est comme je disais tout à l'heure, même si on ne veut pas prioriser, et prendre les patients en soin de la même façon, il y en a forcément à qui on s'attache plus, qui nous font penser à quelqu'un, qui nous font penser à des situations comme tu disais, je pense que c'est un peu inévitable et contre-nous.

**ESI** : D'accord, et est-ce que sur le moment même tu t'en rend compte ou c'est en réfléchissant

après, en rentrant chez toi ou en parlant avec l'équipe ?

**IDE** : Si par exemple, je rentre dans la chambre et je me dis que le patient me fait vraiment trop penser à quelqu'un, je pense que je vais m'en rendre compte directement que je vais être un peu différente face à cette personne en faite. Je vais avoir l'impression de déjà la connaître alors que je la connais pas du tout, mais comme elle me fait penser à une personne, je me rends compte tout de suite que je peux être différente.

**ESI** : D'accord, ma question suivante est : Selon toi, est ce qu'on peut dire à un patient que nous avons vécu la même histoire ou la même situation que lui ?

**IDE** : Alors je dirais, que cela dépend du patient, si on voit que c'est un patient très fermé, pas forcément. Si on voit que c'est quelqu'un d'un peu anxieux ou stressé face à la situation par exemple, il va se faire opéré de quelque chose et que tu t'es déjà fait opéré de la même chose, on peut lui dire « Ne vous inquiétez pas, pour tout vous dire, moi j'ai eu cette opération, ça s'est très bien passé, en plus ce chirurgien je le connais, il est top ». Je pense que c'est des paroles qui peuvent rassurer, donc pourquoi pas. Autant pour une chirurgie que pour une maladie, pour des pathologies lourdes aussi, des cancers, on peut très bien dire « Vous savez, moi je connais quelqu'un qui a eu ce cancer, aujourd'hui il va bien ». Après il ne faut pas non plus leur donner trop d'espoir si on sait qu'il y en a pas, c'est vrai que c'est un peu délicat mais après je pense que ce n'ai pas gênant, ça dépend du patient aussi.

**ESI** : D'accord, une question qui se rapproche aussi un peu de la précédant, c'est : Est-ce que selon toi, on peut exprimer à ce patient qu'il nous fait penser à quelqu'un de notre entourage ?

**IDE** : C'est délicat ça aussi, je pense que ça dépend du patient. Je pense que ça peut que le toucher de toute façon, inévitablement, on a des patients à qui on s'attache plus parce qu'ils nous font penser à quelqu'un. Après le leur dire, pourquoi pas, après ça dépend aussi des patients, c'est vrai que si c'est des patients dont tu t'occupes tous les jours, qui te connaissent bien, pourquoi pas, mais si c'est un patient de qui tu t'occupe trois matin et après tu es dans l'autre secteur, là c'est peut être un peu plus délicat. Il faut voir aussi le feeling que tu as avec le patient, si il est plutôt avenant ou pas.

**ESI** : D'accord, ensuite : Est-ce que la façon de prendre en soin ce patient était différente par rapport à un autre patient ?

**IDE** : C'est vrai qu'on essaye d'être au maximum pareil avec tout le monde, après comme je disais tout à l'heure, des fois inévitablement, on a plus d'affect avec certains patients que d'autres et notamment avec les patients avec qui on a cet effet miroir entre guillemets, où on se projette un

petit peu, ou si c'est quelqu'un qui a la même pathologie que nous ou autre, forcément on reste humain avant tout et on peut pas non plus tout maîtriser.

**ESI** : D'accord, est-ce que tu as un exemple de ce que tu aurais fais de plus ou de moins vis-à-vis de ce patient comparé à un autre patient ?

**IDE** : Après je pense que c'est aussi important qu'on reste nous-même, il n'y a pas de regrets à avoir, de toute façon. C'est ce que je disais, on peut pas tout maîtriser, des fois on a plus d'affect, je vais pas me dire « Oh bah mince, j'ai eu trop d'affect pour ce patient ». C'est inévitable donc je ne me dis pas ça, après on essaye d'être pareil avec tout le monde mais ce n'est pas toujours évident.

**ESI** : Oui, et par exemple, est-ce que tu t'es rendu compte à certains moments que tu prenais plus de temps avec un patient qui te faisait penser à quelqu'un de proche pour lui prodiguer un soin ou dans le dialogue avec lui plutôt qu'avec un autre ?

**IDE** : C'est vrai qu'on s'en rend pas forcément compte mais on me posant la question, je me dis que oui peut-être que tu discutes un peu plus avec cette personne, ça me fait du bien parce que ça me fait penser à quelqu'un de proche. Après j'essaye de discuter avec les autres aussi mais c'est vrai qu'il y a plus d'affect, la relation peut être différente.

**ESI** : D'accord, et donc ma dernière question c'est donc la question de départ de mon mémoire, c'est : Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ? L'identification projective, tout à l'heure tu me parlais d'effet miroir, l'identification projective, c'est un mécanisme de défense qui consiste à s'identifier à la situation d'un patient que nous avons vécu personnellement ou quand un patient nous fait référence à un proche.

**IDE** : D'accord, oui c'est vrai qu'on est soignant mais on est avant tout humain, donc c'est vrai que quand un patient nous fait penser à quelqu'un de proche, sans s'en rendre compte on est forcément un peu différent, dans notre attitude, dans notre relationnel, c'est vrai que c'est compliqué à maîtriser.

**ESI** : Oui, et est-ce que tu penses que le mécanisme de l'identification projective peut impacter la qualité des soins ?

**IDE** : Je pense pas, parce qu'il faut quand même qu'on reste en retrait, qu'on laisse l'affect de coté, même si c'est pas évident du tout dans notre métier, faut quand même savoir garder la part des choses. Il faut se dire que cette personne, même si elle nous fait penser à une personne proche, c'est pas elle, après peut-être que sans nous en rendre compte ça impacte les soins.

**ESI** : D'accord très bien, c'était ma dernière question, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions. Veux-tu rajouter quelque chose ?

**IDE** : Avec plaisir, je pense que c'est tout.

### III. Tableau d'analyse

Légende du tableau :

Propos de l'IDE 1      **Propos de l'IDE 2**

Thèmes	Sous-thèmes	Items
Le mécanisme de l'identification projective	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Oui c'est vrai que c'est quelque chose qui peut arriver</i></b></li> <li>- <b><i>on se projette</i></b></li> <li>- <b><i>on voit des gens qui nous font penser à quelqu'un de proche</i></b></li> <li>- <b><i>on se projette [...] dans les pathologies</i></b></li> <li>- <b><i>on se projette [...] dans l'âge</i></b></li> <li>- <b><i>il y a forcément des choses comme ça où on se projette</i></b></li> <li>- <b><i>des choses [...] où ça nous fait penser à quelqu'un</i></b></li> <li>- <b><i>compliqué à maîtriser</i></b></li> </ul>
	Origine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ce qui montre aussi qu'on est quelqu'un d'humain</li> <li>- Je pense que sur le</li> </ul>

		<p>moment même, on se rend pas trop compte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>je pense que c'est inévitable dans notre métier</i></li> <li>- <i>si on voit une date de naissance, si je vois par exemple 1988, ça me fait penser à mon frère</i></li> <li>- <i>c'est arrivé plusieurs fois déjà</i></li> <li>- <i>sans forcément s'en rendre compte</i></li> <li>- <i>c'est vrai que c'est humain et inévitable</i></li> <li>- <i>je pense que c'est un peu inévitable et contre-nous</i></li> <li>- <i>c'est inévitable</i></li> <li>- <i>on s'en rend pas forcément compte</i></li> </ul>
	<p>Situations vécues</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'étais confrontée à une patiente qui avait un cancer du pancréas en phase terminale</li> <li>- Parce que j'ai ma grand-mère qui est décédée d'un cancer du pancréas</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Elle était un peu dans le même état, vers la fin</li><li>- je m'en occupais comme une patiente , peut importe laquelle, avec sa pathologie et ses difficultés du moment</li><li>- <i>là récemment, j'ai pris soin d'un patient qui me faisait penser au grand-père de mon compagnon, donc c'était pas forcément dans sa pathologie ni dans son physique, c'était vraiment dans son comportement, il avait beaucoup de mimiques qui lui ressemblaient</i></li><li>- <i>c'était des petites expressions, des expressions du visage, des petits regards en coin qui me faisaient penser à cette personne, c'était vraiment des mimiques</i></li><li>- <i>mais c'est vrai qu'avec d'autres patients c'était plus dans les paroles, d'autre situations où c'était physique</i></li></ul>
--	--	---

		<p><i>- c'est vrai qu'en travaillant en gériatrie, ça peut être des patients qui te font penser à tes grands-parents, qui leur ressemble, ou qui ont des paroles un peu pareil</i></p> <p><i>- je commence juste en libéral et c'est vrai que ça me fait forcément penser à mes grands-parents, c'est vrai qu'elle a été rapidement mise en institution, mais avant elle avait des infirmières libérales qui venaient</i></p>
	<p>Les émotions et les ressentis du soignant</p>	<p>- C'est très compliqué</p> <p>- C'est pas toujours évident, de prendre quelqu'un en soin quand on a vécu des choses dans notre vie personnelle qui est renvoyé par cette patiente</p> <p>- il y a des fois où je me sentais pas capable, surtout quand elle était à la fin, je trouvais ça difficile</p> <p>- parce qu'il y a le sentiment</p>



		<p>personnel qui remonte , l'histoire personnelle qui remonte</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bien-sur il ne faut pas être plus effondré que la famille</li><li>- c'est plus après que tu en discute que c'est difficile [...] quand tu rentre chez toi, tu y repense</li><li>- je pense que c'est important pour la famille et pour le patient de voir que la personne en face [...] c'est un être humain</li><li>- et qu'on les prend en considération</li><li>- et qu'on a quand même des émotions</li><li>- [...] et qu'on a quand même un cœur et qu'on est là</li></ul> <p><b>- il y a forcément l'affect qui joue</b></p> <p><b>- on a pas la même attache</b></p> <p><b>- Je vais avoir l'impression de déjà la connaître alors que je la connais pas du tout, mais comme elle me</b></p>
--	--	---

		<p><i>fait penser à une personne, je m'en rend compte tout de suite que je peut être différente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>forcément on reste humain avant tout et on peut pas non plus tout maîtriser</i></li> <li>- <i>on peut pas tout maîtriser</i></li> <li>- <i>oui c'est vrai qu'on est soignant mais on est avant tout humain</i></li> <li>- <i>ça me fait du bien parce que ça me fait penser à quelqu'un de proche</i></li> <li>- <i>dès fois inévitablement on a plus d'affect avec certains patients que d'autre</i></li> </ul>
	<p>Autres façon de parler de l'identification projective</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- du fait qu'on fait forcément un peu de transfert</li> <li>- <i>je pense qu'il y a forcément un effet miroir, je crois qu'on appelle ça comme ça</i></li> <li>- <i>notamment avec les patients avec qui ont à cet effet miroir entre</i></li> </ul>

		<b>guillemets</b>
Prendre soin dans le mécanisme de l'identification projective	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prendre en soin un patient</li> <li>- et son entourage</li> <li>- prendre la dynamique de la famille en compte</li> <li>- son environnement</li> <li>- son domicile</li> <li>- respecter les souhaits du patient</li> <li>- adapter notre prise en charge ou notre prise en soin au patient</li> <li>- s'adapter à son rythme</li> <li>- à ses habitudes de vie</li> <li>- prendre en soin le patient dans sa globalité</li> <li>- et essayer de se rapprocher le plus de ce qu'il a besoin à l'instant T</li> <li>- <b><i>c'est pour moi une notion d'accompagnement dans le bien-être</i></b></li> <li>- <b><i>c'est vrai que c'est assez global</i></b></li> <li>- <b><i>c'est la base de notre</i></b></li> </ul>

		<p><b>métier</b></p> <p><b>- c'est l'accompagnement et le bien-être</b></p>
	<p>La relation soignant/soigné et l'alliance thérapeutique</p>	<p>- j'essaye au maximum dans ma prise en soin de m'adapter au patient</p> <p>- et de ne pas faire un copier/coller de chambre en chambre</p> <p>- C'est un peu modifié</p> <p>- notamment auprès de la famille, qu'ils soient quand même considérés dans la prise en soin</p> <p>- et qu'il n ' y ai pas que le patient</p> <p>- je pense que c'est important qu'ils voient que le soignant est impacté</p> <p>- il y a des moments où la famille à besoin de voir qu'on est impactés par la situation</p> <p>- c'est important pour la famille et pour le patient de voir qu'on a quand même mes émotions</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- qu'on prend en compte la personne</li><li>- qu'on prend en compte [...] les besoins qu'ils ont</li><li>- et qu'on a quand même nous aussi un cœur</li><li>- c'est vrai qu'on essaye d'être au maximum pareil avec tout le monde</li><li>- ça créer une relation entre le soignant et le patient</li><li>- même la famille [...], je pense que c'est important qu'il voient aussi, que le soignant est impacté</li><li>- <i>j'ai l'impression que je les prend en soin exactement comme les autres</i></li><li>- <i>mais au fond de moi, j'ai un petit sentiment où je me dis que ça me fait penser à ma grand-mère</i></li><li>- <i>même si on ne veut pas prioriser, et prendre les patients en soin de la même façon</i></li><li>- <i>il y en a forcément à qui</i></li></ul>
--	--	---

		<p><i>on s'attache plus</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>qui nous font penser à quelqu'un</i></li><li>- <i>qui nous fait penser à des situations comme tu disais</i></li><li>- <i>C'est vrai qu'on essaye d'être le maximum pareil avec tout le monde</i></li><li>- <i>on essaye d'être pareil avec tout le monde mais ce n'est pas toujours évident</i></li><li>- <i>sans s'en rendre compte on est forcément un peu différent</i></li><li>- <i>dans notre attitude</i></li><li>- <i>dans notre relationnel</i></li><li>- <i>Après j'essaye de discuter avec les autres aussi mais c'est vrai qu'il y a plus d'affect</i></li><li>- <i>la relation peut être différente</i></li><li>- <i>Si par exemple, je rentre dans la chambre et je me dis que le patient me fait vraiment trop penser à quelqu'un, je pense que je</i></li></ul>
--	--	---

		<p><b><i>vais m'en rendre compte directement que je vais être un peu différente face à cette personne</i></b></p>
	<p>Attitudes à adopter et solutions possibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- faut pas faire ressentir</li> <li>- je pense qu'on peut montrer quand même nos émotions à la famille</li> <li>- après c'est vrai qu'il faut garder notre professionnalisme et notre distance</li> <li>- c'était ma collègue qui s'en occupait et moi je lui prenais un patient</li> <li>- je pense qu'on a quand même la possibilité de donner, de passer le relais à nos collègues</li> <li>- je pense que c'est important dans ces moments là, quand on se sent un peu en difficultés de le faire</li> <li>- c'est après en discutant avec l'équipe qu'on voit qu'elles ont des solutions à la prise en soin</li> </ul>

		<p>-Je pense pas qu'il faut dire au patient qu'on à vécu les mêmes choses</p> <p>-Pour sa prise en charge, ça lui change rien</p> <p>- Je pense que c'est important pour le patient quand quelqu'un est un peu touché par son histoire</p> <p>-Je pense que c'est important pour eux de voir qu'ils sont considérés comme une personne et</p> <p>- qu'ils sont considérés [...] pas comme un numéro de chambre</p> <p>- pas comme une pathologie</p> <p>- Non je pense pas (de dire au patient qu'il nous fait penser à quelqu'un de notre entourage)</p> <p>- on rentre dans du domaine de la vie privée</p> <p>- je pense que ça ne les regarde pas</p> <p>-je pense que c'est important que le patient ne</p>
--	--	--



		<p>sache pas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- parce que là, ça rentre vraiment dans le domaine privé</li><li>- il faut savoir faire la part des choses je pense</li></ul> <p><i>- Après je pense que c'est aussi important de rester nous-même</i></p> <p><i>- il y a pas de regrets à avoir</i></p> <p><i>- Alors je dirais, que cela dépend du patient (de dire que nous avons eu la même histoire/situation que lui)</i></p> <p><i>- Si on voit que c'est un patient très fermé, par forcément</i></p> <p><i>-Si on voit que c'est quelqu'un d'un peu anxieux ou stressé face à la situation</i></p> <p><i>- par exemple, il va se faire opéré de quelque chose et que tu t'es déjà fais opéré de la même chose</i></p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>on peut lui dire « ne vous inquiétez pas, pour tout vous dire, moi j'ai eu cette opération, ça s'est très bien passer, en plus ce chirurgien je le connais, il est top »</i></li><li>- <i>je pense que c'est des parole qui peuvent rassurer, donc pourquoi pas</i></li><li>- <i>autant pour une chirurgie que pour une maladie</i></li><li>- <i>pour des pathologies lourdes aussi, des cancers, on peut très bien dire « vous savez, moi je connais quelqu'un qui a ce cancer, aujourd'hui il va bien »</i></li><li>- <i>après il ne fait pas non plus leur donner trop d'espoir si on sait qu'il y en a pas</i></li><li>- <i>C'est vrai que c'est un peu délicat</i></li><li>- <i>mais après je pense que ce n'est pas gênant</i></li><li>- <i>ça dépend du patient</i></li></ul>
--	--	---

*aussi*

*- C'est délicat ça aussi (de dire à un patient qu'il nous fait penser à quelqu'un de notre entourage)*

*- je pense que ça dépend du patient*

*- je pense que ça peut le toucher de toute façon*

*- inévitablement, on a des patients à qui on s'attache plus parce qu'ils nous font penser à quelqu'un*

*- après leur dire, pourquoi pas*

*- après ça dépend aussi des patients*

*- c'est vrai que si c'est des patients dont tu t'occupe tout les jours, qui te connaissent bien, pourquoi pas*

*- mais si c'est un patient de qui tu t'occupe trois matins et après tu es dans l'autre secteur, là c'est peut être un peu plus délicat*

*- il faut voir aussi le feeling*

		<p><b>que tu as avec le patient</b></p> <p><b>- si il est plutôt avenant ou pas</b></p>
La qualité des soins	Définition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adapter notre prise en soin</li> <li>- respecter les souhaits du patient</li> <li>- important d'être au petit soin</li> <li>- apporter des petits moments de bonheur dans la prise en soin</li> <li>- prendre en soin un patient avec ses émotions</li> <li>- et avec son vécu personnel</li> </ul>
	Les besoins des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ils ont besoin qu'on soit là pour eux</li> <li>- prendre le temps d'être avec eux</li> <li>- remplacer entre guillemets la famille</li> <li>- leur faire passer le temps</li> <li>- ça reste un patient comme un autre qui à des besoins</li> <li>- par exemple en voyant ma grand-mère, il y' avait des choses que j'aurai aimer</li> </ul>

		<p>qu'il se passe pour elle</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- des besoins qu'elle avait qui n'ont pas forcément été respectés</li><li>- du coup je fais plus attention à ça</li><li>- parce qu'en général, dans ces moments là, d'autant plus que chez la personne âgée, ils attendent qu'on les accompagne</li><li>- d'autant plus dans une situation de fin de vie</li><li>- c'est important d'être au petit soin</li><li>- et de leur apporter des moments de bonheur dans une phase compliquée</li><li>- Je pense que c'est important de soigner</li><li>- parce qu'il y a des choses qui vont être un peu modifiées que si tu fais les choses d'une manière lambda</li><li>- même si à l'école on nous dit les émotions il faut les laisser à l'extérieur de la</li></ul>
--	--	--

		<p>chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je pense que honnêtement, dans notre cursus [...] il y a des moments où la famille à besoin de voir qu'on est impacté par la situation</li> </ul> <p><b><i>-Je me dis que c'est vraiment important tous les soins qu'on fait</i></b></p>
	<p>Impact de l'identification projective sur la qualité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- [...] notre prise en charge n'est pas efficiente dans ces cas là</li> <li>- [...] qu'on prend quand même en compte la personne, les besoins qu'ils ont</li> <li>- c'est là que tu te rends compte que apparaît dans une limite de ce que tu es capable de faire</li> <li>- même si ça modifie notre prise en charge, notre prise en soin parce qu'on est impacté</li> <li>- ce qui normalement ne devrait pas être le cas, en tout cas modifier la prise en</li> </ul>

		<p>soin</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Je pense qu'on a pas forcément le même comportement si ils nous font penser à quelqu'un qu'on apprécie beaucoup, nos grand-parents, nos parents</i></li><li>- <i>Je m'en rend pas forcément compte mais je pense forcément que ça change, c'est compliqué à expliquer</i></li><li>- <i>Je pense pas, parce qu'il faut quand même qu'on reste en retrait</i></li><li>- <i>qu'on laisse l'affect de coté, même si ce n'est pas évident du tout dans notre métier</i></li><li>- <i>il faut quand même savoir garder la part des choses</i></li><li>- <i>il faut se dire que cette personne, même si elle nous fait penser à une personne proche, c'est pas elle</i></li></ul>
--	--	---

		<p><i>- après peut être que sans nous en rendre compte ça impacte les soins</i></p> <p><i>- Peut être que tu discute plus avec cette personne</i></p>
--	--	---



NOM : BODIER

PRÉNOM: Julianne

TITRE : L'identification projective dans le soin

Projective identification is an unconscious defense mechanism that many caregivers may glimpse during their professional careers. It's a process where caregiver refers to the situation or to the patient himself, from his personal experience. My initial question is : Caring a patient who is reminiscent of a personal situation experienced by the nurse : How does the mechanism of projective identification impact the quality of care ? Subsequently, I wanted to adress important notions of the profession, the taking care and the quality of care. The interest of this research is to understand the origin of this mechanism, the triggering factors and their impacts. In order to confront the theory and reality of the field, I interviewed two nurses who brought me more on my reflection. In the discussion, I was able to provide my opinion on the subject.

L'identification projective est un mécanisme de défense inconscient que de nombreux soignants peuvent entrevoir au cours de leur parcours professionnel. Cela est un processus où le soignant se réfère à la situation ou au patient lui-même, de part son expérience personnelle vécue. Ma question de départ est la suivante : Prendre en soin un patient qui fait penser à une situation personnelle vécue par l'infirmière : En quoi le mécanisme de l'identification projective impacte-t-il la qualité des soins ? Par la suite, j'ai voulu aborder des notions importantes de la profession, le prendre soin et la qualité des soins. L'intérêt de cette recherche est de comprendre l'origine de ce mécanisme, les facteurs déclenchant et leurs impacts. Afin de confronter la théorie et la réalité du terrain, j'ai interrogé deux infirmières qui m'ont apporter d'avantage sur ma réflexion. Dans la discussion, j'ai pu apporter mon avis sur le sujet.

Keys words : Projective identification / Defense mechanism / Personal experience / Take care / Quality of care

Mots clés : Identification projective / Mécanisme de défense / Expérience personnelle / Prendre soin / Qualité des soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 9

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2021