

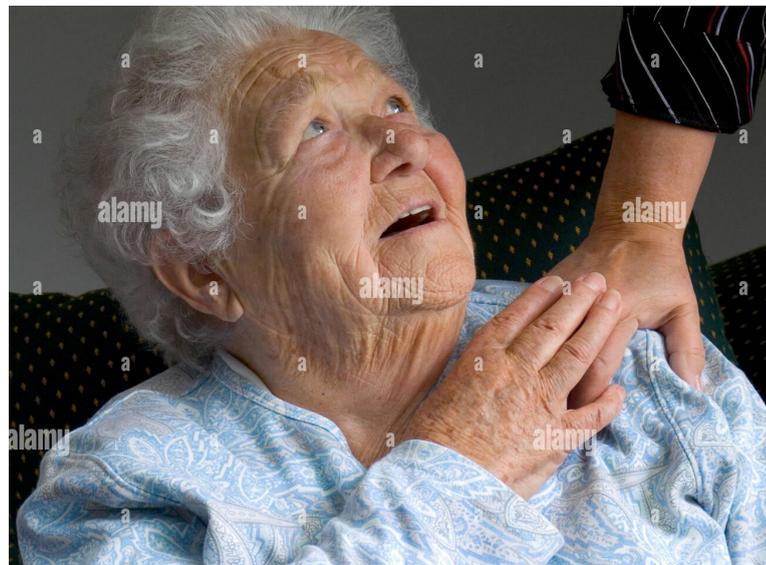


Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Quand vieillissement rime avec attachement



Formateur référent mémoire : Catherine DIEU

COCHET Marie

Formation infirmière

Promotion 2019 -2022

02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : Quand vieillissement rime avec attachement

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'Etat 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 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : COCHET Marie

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^{er} : 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'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Après 3 ans de formation, quelque peu mis à mal par la crise sanitaire qui nous a tous bouleversés, me voilà à l'aboutissement de mes études : le mémoire !

Pour cela je tenais particulièrement à remercier ma tutrice de mémoire, Catherine DIEU, qui a su tout au long de cette dernière année me suivre, me conseiller et me faire évoluer à travers ce travail de recherche. Un grand merci à elle !

Je tiens aussi à remercier tous les formateurs qui sont intervenus tout au long de ma formation et qui chacun par leurs conseils, leurs connaissances, leurs expériences m'ont permis de devenir l'étudiante infirmière que je suis et la future professionnelle que je serai bientôt.

Je remercie également mes formatrices pédagogiques : Jocelyne THOMAS qui m'a vu évoluer sur ma première année de formation, et Kélig AUGER-DUCLOS qui m'a suivi durant les deux dernières années de ma formation.

Merci à tous les professionnels rencontrés au cours de mes stages et qui m'ont tous permis d'évoluer dans ma formation. Un remerciement plus particulier aux trois infirmières qui ont accepté de répondre à mes questions pour la réalisation de mes entretiens. Sans elles, mon mémoire n'aurait pas été ce qu'il est, et je leur en suis reconnaissante.

Je terminerai par remercier mes parents et ma sœur qui par leurs encouragements et leur soutien m'ont permis d'aboutir ce travail de fin d'études et de réussir mes trois années de formation. Merci à ma sœur pour sa patience dans la correction des fautes d'orthographe de mon mémoire ainsi que pour sa créativité pour le support de ma soutenance.

Enfin un grand merci à mes amies Chloé et Noémie avec qui j'ai passé trois années de formation que je n'oublierai jamais. Elles ont su m'aider, me conseiller, me reconforter quand il le fallait et par-dessus tout me faire évoluer.

Maintenant il est temps pour moi de voler de mes propres ailes en tant que professionnel.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	3
1. Première situation d'appel	3
2. Deuxième situation d'appel	4
3. Questionnements	5
4. Vers la question de départ	5
CADRE CONCEPTUEL	6
1. La personne âgée en lieu de vie	6
1.1 Le vieillissement et ses composantes	6
1.1.1 Le processus de vieillissement	6
1.1.2 Les pertes et les phases de deuil	7
1.2 La prise en soin de la personne âgée en lieu de vie	8
1.2.1 La particularité des lieux de vie	8
1.2.2 Les besoins au quotidien de la personne âgée en lieu de vie	9
1.2.3 Les qualités requises des soignants en lieu de vie	10
2. La relation soignant-soigné au coeur des soins infirmiers	11
2.1 Une première approche de la relation soignant-soigné	11
2.2 La construction de la relation de soin	12
2.2.1 Les approches mises en place et les valeurs indispensables à son bon fonctionnement	12
2.2.2 Les enjeux de la relation soignant-soigné	13
2.2.3 Distance thérapeutique	14
2.3 Mise en jeu des émotions	14
2.3.1 Fonctionnement des émotions	14
2.3.2 Importance des émotions	15
2.3.3 Gestion des émotions	16
3. L'attachement auprès de la personne âgée	17
3.1 La théorie de l'attachement	17

3.1.1 Définition	17
3.1.2 Notion de transfert et de contre-transfert	18
3.2 Le système d'attachement chez la personne âgée	18
3.2.1 Définition et sources de déclenchement	18
3.2.2 Les modèles internes opérants et le style d'attachement	19
3.2.3 Les figures d'attachement et leur importance	21
3.3 L'attachement soignant-personne âgée	22
3.3.1 Les représentations de la société	22
3.3.2 Une nécessité pour les soignants de l'accepter	22
3.3.3 Son importance dans les soins	23
3.3.4 Les barrières à ne pas franchir	23
MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	25
ANALYSE DES ENTRETIENS	26
1. Le vieillissement vu par les soignants	26
2. Les essentiels d'une prise en soin en lieu de vie	27
3. La relation soignant-soigné une nécessité mais comment l'installer ?	28
4. Émotions des soignants et attachement, comment instaurer cette juste distance avec les résidents?	30
DISCUSSION	34
1. Le vieillissement : ses représentations et ce qu'il engendre	34
2. Le lieu de vie : une prise en soin particulière et des qualités nécessaires	35
3. De la construction, aux enjeux de la relation soignant-soigné	36
4. Instauration et gestion des émotions au sein de la relation de soin	38
5. L'attachement soignant-personne âgée	39
6. Juste distance professionnelle : un enjeu dans les soins	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

La formation infirmière s'achève en 3^{ème} année par la rédaction d'un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, plus couramment appelé MIRS ou mémoire par les étudiants infirmiers. Le sujet choisi pour réaliser ce mémoire doit nous porter tout au long de notre 3^{ème} année, il est donc important que nous y trouvons un intérêt professionnel, que celui-ci nous ressemble dans nos valeurs soignantes, dans notre façon de concevoir les soins mais également qu'il fasse un lien entre tous les stages réalisés au cours de ces 3 années de formation. Pour cela, il me semblait essentiel que mon mémoire porte sur le relationnel. En effet, pour moi le relationnel fait partie intégrante des soins infirmiers et la relation soignant-soigné correspond à une part importante dans la réalisation et surtout dans la réussite des soins. Ainsi, j'ai décidé de me tourner plus précisément sur l'attachement aux personnes âgées dans la prise en soin.

Effectivement, lors de mes 3 années d'études, j'ai effectué de nombreux stages en lieu de vie, que ce soit en EHPAD ou à domicile. J'ai donc pu réaliser des soins auprès de patients/résidents que je voyais tous les jours, auxquels je connaissais une partie de leur vie, je rentrais dans leur quotidien et donc l'attachement auprès de ces patients s'est créé rapidement.

Je retiens cette phrase souvent répétée par certains formateurs au début de la formation, "il ne faut pas s'attacher aux patients au cours de vos stages". Ces conseils étaient certainement pour nous protéger mais comme on dit cela est plus facile à dire qu'à faire. En effet, pour moi l'attachement est quelque chose de difficile à gérer. Je fais partie de ces personnes qui s'investissent dans la relation soignant-soigné, je prends à cœur de leur apporter beaucoup d'attention et donc l'attachement se crée obligatoirement.

Afin de réaliser ce travail de recherche, je vais m'appuyer sur des situations d'appel que j'ai vécu en stage, et qui m'ont permis de me questionner puis d'arriver à ma question de départ.

Toutes les recherches que j'ai pu réaliser concernant l'attachement, la relation soignant-soigné mais également sur la prise en soin en lieu de vie m'ont permis de réaliser mon cadre conceptuel. Celui-ci m'a permis d'apporter les avis des différents auteurs et de confronter leurs points de vue.

Puis, une analyse des entretiens que je vais réaliser auprès de trois infirmières exerçant dans un lieu de vie va être faite afin d'apporter de nouvelles informations, de nouveaux points de vue et de récolter de nouvelles réponses à mes questionnements et ainsi éclaircir davantage ma question de départ.

Enfin, toutes ces nouvelles informations et ces réponses à mes questions vont conduire à l'émergence de nouveaux questionnements qui vont m'amener à une nouvelle question de recherche.

Pour conclure, j'aborderai l'intérêt professionnel de mon sujet de recherche.

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

1. Première situation d'appel

Lors de ma première année de formation, en semestre 2, j'ai réalisé un stage de cinq semaines dans un EHPAD près de Rennes. Ce stage s'est réalisé pendant la période post-confinement, et à ce moment-là les établissements de santé n'autorisaient pas encore les visites des familles et les sorties des patients. Le premier jour de mon stage, j'apprends pendant les transmissions qu'un résident vient de perdre sa femme qui était hospitalisée depuis quelques jours. Ce résident, c'est Mr C., 86 ans, un des patients que j'ai pris en soin lors de mon stage. Mr C. vivait une période douloureuse, il avait besoin d'être soutenu et entouré par l'équipe soignante, de discuter et d'être écouté. De plus, son fils ne pouvait être présent à ses côtés car les règles sanitaires en vigueur ne le permettaient pas. Pour cela, j'ai été présente pour lui lors de tout mon stage, j'ai passé beaucoup de temps avec lui. Il aimait me parler de sa femme, quand il en parlait il avait les yeux plein d'admiration. Il me parlait de ce qu'ils avaient vécu ensemble, de son mariage, de ses voyages, de son fils, de ses petits-enfants, du Morbihan là où il a beaucoup de souvenirs car il y avait une maison secondaire. Malgré toutes les règles sanitaires mises en place dans les établissements de santé, cette situation particulière a permis à Mr C d'assister aux obsèques de sa femme. Il a également eu l'autorisation d'aller quelques jours chez son fils afin de passer du temps en famille pour se ressourcer mais également pour disperser les cendres de sa femme. En revanche, à chacun de ses retours à l'EHPAD, Mr C. devait rester confiné pendant une semaine dans sa chambre en plus d'avoir fait un test PCR. Habituellement, il n'acceptait pas la solitude, il aimait beaucoup parler et là cela était encore pire, il avait besoin d'échanger avec les soignants mais aussi de se retrouver avec d'autres résidents lors des temps de repas afin de lui permettre de se changer les idées. Afin de respecter le protocole mis en place dans l'établissement concernant les isolements en chambre, à chacun de nos passages nous devions nous habiller comme si Mr C. était un patient atteint du Covid, à savoir avec : une surblouse, des gants, un masque, des surchaussures, une charlotte. De ce fait, nous devions regrouper le plus possible les soins à effectuer afin de passer peu de fois dans sa chambre car l'étape de l'habillement demandait du temps. Cependant, j'ai organisé mes journées en fonction des attentes et des besoins de mes résidents et ainsi étant donné que Mr C. avait besoin d'une présence régulière, je faisais en sorte de garder du temps libre dans mon planning de soin pour passer du temps avec lui.

En cinq semaines de stage, de l'attachement s'est créé dans la relation de soin entre Mr C et moi. Ainsi, à la fin de mon stage, je ne savais pas trop comment lui dire au revoir, j'avais comme un pincement au cœur de le laisser, j'avais peur que mon départ fasse un vide pour lui car je passais beaucoup de temps avec lui, mais au fond je pense que j'avais également peur que cela fasse un vide pour moi.

2. Deuxième situation d'appel

En deuxième année de formation, j'ai effectué mon premier stage du semestre 4 dans un EHPAD. Lors de ce stage de cinq semaines, j'ai pris en soin un certain nombre de résidents dont Mme R., une patiente de 97 ans. Mme R. était de nature anxieuse et verbalisait souvent le fait qu'elle l'avait été tout au long de sa vie. Pour cela, elle avait des traitements anxiolytiques. De plus, Mme R. était insuffisante cardiaque et rénale et elle était très soucieuse de ses problèmes de santé malgré le fait qu'elle ne comprenait pas tout.

Elle avait besoin de la présence des soignants pour verbaliser ce qu'elle ressentait mais elle n'osait pas le demander, elle avait en permanence peur de déranger. Pour cela je passais régulièrement la voir pour qu'elle se sente entourée et qu'elle puisse parler, se changer les idées. A chaque fois que je partais de sa chambre après avoir passé du temps avec elle, elle me remerciait, et elle me disait toujours que j'avais sûrement autre chose de plus important à faire.

Lors des cinq semaines de ce stage, j'ai réalisé une semaine d'après-midi et je m'occupais des couchers des résidents. Mme R. avait régulièrement des difficultés à s'endormir et l'anxiété se majorait par moment le soir.

Ainsi, lors de cette semaine, afin de permettre à Mme R. de se sentir relaxée avant de dormir, j'avais mis en place un rituel de coucher où je prenais le temps avec elle de la préparer pour dormir, tout en discutant d'autre chose. Je restais un peu avec elle à côté de son lit pour lui parler, elle aimait bien discuter de sa famille et de pleins d'autres choses. Cela l'apaisait avant de s'endormir et elle appréciait le temps d'échange.

Ayant passé beaucoup de temps pendant ces cinq semaines avec cette résidente, je me suis attaché à elle au fil du temps et je pense qu'elle s'était également attachée à moi. A mon départ du stage, je me suis demandée si je devais aller lui dire que je partais et que je ne la verrai plus. D'un côté, il me semblait important de la prévenir pour lui dire au revoir et la voir une dernière fois. Mais d'un autre côté, je me disais que cela aurait pu majorer son anxiété, du fait que je m'occupais beaucoup d'elle et que j'étais un peu comme un point de repère pour elle dans sa prise en soin.

J'en ai parlé à l'infirmière présente lors de mon dernier jour et elle m'a dit qu'il serait peut être mieux que je n'aille pas lui annoncer mon départ.

Dans mes deux situations, à chacun de mes départs du stage, j'ai eu ce sentiment de pincement au cœur de laisser les résidents que je prenais en soin, de me dire que je n'allais plus les revoir. Et surtout, je ne savais jamais comment leur dire au revoir et j'avais souvent peur de les peiner mais c'était certainement une façon de me protéger, car mon départ et l'optique de ne plus les voir quotidiennement me peinaient .

3. Questionnements

Plusieurs questionnements ont émergé de ces deux situations notamment mais de bien d'autres que j'ai rencontré dans mon parcours de stage :

- Est-ce que l'on parle d'attachement ou plutôt d'affectivité?
- Est-ce normal de ressentir de l'attachement pour certains patients?
- Est-ce que nous pouvons dans le cadre de notre métier de soignant nous attacher aux patients?
- Quelles limites devons-nous mettre avec les patients pour ne pas que l'on s'attache? Est-ce possible dans la réalité?
- Est-ce que l'attachement a un impact, qu'il soit positif ou négatif, sur la prise en soin et sur le quotidien des patients? Quel type d'impact peut-il avoir dans leur prise en soin?
- Est-ce que cela peut avoir un impact sur notre façon de travailler? Sur notre objectivité dans les soins?
- Pourquoi nous attachons-nous à certaines personnes et pas à d'autres?
- Est-ce que le caractère de chacun fait que l'on s'attache plus facilement?
- Comment dire au revoir aux patients auxquels nous sommes attachés?
- Est-ce que l'attachement peut avoir un impact sur l'adhésion thérapeutique dans les soins?
- Pourquoi arrivons-nous à moins nous attacher aux patients dans les services de courte durée?

4. Vers la question de départ

En quoi l'attachement qui se crée entre le soignant et la personne âgée au sein d'un lieu de vie peut-il influencer la prise en soin quotidienne?

CADRE CONCEPTUEL

1. La personne âgée en lieu de vie

1.1 Le vieillissement et ses composantes

1.1.1 Le processus de vieillissement

D'après les cours de semestre 1 vus dans l'unité d'enseignement Cycles de la vie et grandes fonctions sur le vieillissement et l'involution des systèmes, le vieillissement se définit comme étant "l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui altèrent les différents systèmes et les fonctions de l'organisme." Ce processus est "complexe, lent et progressif" et il résulte de multiples facteurs tels que des facteurs génétiques et/ou environnementaux. Nous pouvons différencier le vieillissement physiologique qui est normal, du vieillissement pathologique qui est accéléré à cause d'une maladie.

L'évolution des systèmes et des fonctions du corps humain est visible avec l'âge et sans aucune pathologie : c'est le vieillissement physiologique. Ce processus s'accompagne "d'un déclin progressif de la capacité de l'organisme à rétablir l'homéostasie" (p.11) selon le manuel d'anatomie et de physiologie humaines de Tortora et Derrickson (2017). Toujours selon ce même manuel, le vieillissement va "augmenter la sensibilité au stress et à la maladie" (p. 11). Mais il peut également accroître la vulnérabilité des personnes.

Le vieillissement s'opère également d'un point de vue psychique et celui-ci évolue plus ou moins rapidement selon plusieurs facteurs propres à chaque individu tels que "le vieillissement physiologique du cerveau, les événements de vie, le regard des autres et de la société, la personnalité et les représentations de soi et du monde construites tout au long de sa vie." (p.4) comme l'indique la brochure Santé mentale et vieillissement de Psycom. De plus, tout un tas d'autres facteurs comme l'exposition au stress, la perte d'autonomie, l'isolement social ainsi que l'apparition de problèmes physiques peuvent eux aussi engendrer des souffrances psychologiques. D'après Psycom "la santé mentale a un impact sur la santé physique et vice-versa." (p.6)

1.1.2 Les pertes et les phases de deuil

Selon Psycom, “le vieillissement peut souvent s’accompagner de souffrance psychique” (p.4) notamment lors de la perte de proches, de la perte d’une ou plusieurs grandes fonctions de l’organisme comme par exemple la diminution de la mobilité, la baisse de la vue..., mais aussi lors de la perte d’autonomie.

Nicole GUEDENEY (2019) rapporte que:

Le sujet très âgé est exposé à des contextes de perte et d’angoisse: vulnérabilité physique accrue, perte de l’autonomie physique avec un vécu d’impuissance accru, maladies plus ou moins débilantes, sources de faiblesse, de douleur et/ou d’anxiété, isolement social, deuils, perspective de la mort qui représente la séparation ultime. (p.54)

Afin de surmonter et d’intégrer les pertes, les changements dans sa vie quotidienne, la perte de son autonomie et petit à petit la dépendance, la personne âgée devra passer par une crise psychologique et entrer dans un processus de deuil comme nous avons pu le voir dans le cours Accompagnement psychologique de la personne en fin de vie de l’unité d’enseignement Soins Palliatifs. Selon la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross, le processus de deuil se réalise en 5 étapes, qui n’apparaissent pas forcément dans le même ordre chez chaque personne et qui ne sont pas obligatoirement toutes présentes selon chacun. Ces étapes sont le déni/refus/état de choc, la colère/révolte, le marchandage, la tristesse et l’acceptation/la résignation/le lâcher prise. Le déni correspond à l’étape où la personne “refuse d’admettre un diagnostic ou un pronostic grave”. Ainsi, dans le cadre du vieillissement, la personne âgée ne va pas accepter les changements et les pertes. Ensuite, l’étape de la colère est une période dans laquelle la personne se sent frustrée des impacts que peut avoir la vieillesse ou la maladie sur sa vie quotidienne. Lors du marchandage, les personnes culpabilisent de devoir renoncer à leur vie actuelle et d’accepter les nouveaux changements. Dans les phases de pertes de proches ou de sa propre autonomie, “une expérience de séparation” est perceptible ce qui entraîne une période de tristesse pour la personne âgée, dans laquelle un “long travail d’acceptation est nécessaire”. Enfin, l’étape d’acceptation est visible lorsque la personne âgée est capable de vivre avec les changements et de surmonter les pertes.

1.2 La prise en soin de la personne âgée en lieu de vie

1.2.1 La particularité des lieux de vie

Il existe différents types d'établissements (résidence autonomie, EHPAD, USLD...) prenant en soin les personnes âgées mais pour autant tous ont un point commun: ce sont des lieux de vie. Ainsi, dans chacun d'eux des particularités similaires et communes aux lieux de vie sont perceptibles. Tout d'abord, comme le dit PAILLAT (1995) dans son article Vieillir en collectivité, en allant dans un lieu de vie, la personne âgée mais aussi ses proches recherche une qualité de vie. Ainsi, il est important que l'établissement laisse aux résidents une "part d'autonomie, de vie personnelle" (p.198). Cette autonomie laissée aux résidents leur permet par exemple de pouvoir personnaliser leur chambre afin d'y créer leur propre monde. Effectivement, afin que les résidents s'y sentent comme chez eux et qu'ils puissent ainsi s'épanouir

De plus, DEBACQ (2009) dans son ouvrage, *Le droit au choix des résidents en Ehpad, un engagement du projet d'établissement face aux contraintes institutionnelles*, nous interpelle sur le fait que dans les lieux de vie, les personnes âgées vivent la majeure partie de leur temps en communauté et donc dans des espaces partagés. Ainsi, selon lui « la chambre est tout à la fois une bulle protectrice, un lieu privilégié de la liberté et de l'espace identitaire de la personne. » (p.21)

Une autre particularité notable des lieux de vie est que le personnel soignant prend en soin les résidents en ayant une "une approche centrée" (p.11) sur ces derniers, comme nous le rapporte l'étude documentaire de santé et services sociaux au Québec (2003) concernant le milieu de vie en CHSLD. Cette prise en soin est dite "globale, personnalisée, adaptée, positive, participative, interdisciplinaire" (p.11). Cette prise en soin personnalisée pour chaque personne âgée permet d'une part d'améliorer leur bien-être qu'il soit physique ou psychologique, elle permet également un épanouissement au sein du lieu de vie et que les résidents puissent ainsi y trouver leur place à part entière mais aussi elle permet de maintenir au maximum leur autonomie. D'autre part, elle permet de répondre de manière personnalisée à leurs besoins et à leurs attentes.

1.2.2 Les besoins au quotidien de la personne âgée en lieu de vie

La vie quotidienne est tout d'abord définie par le dictionnaire de la réadaptation, et relayée par l'analyse documentaire de l'HAS, relative à la qualité de vie en EHPAD : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011), comme étant l'accomplissement de gestes quotidiens par une personne afin de "prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale" (p.10).

Ainsi, dans la vie quotidienne que ce soit à domicile ou au sein d'un hébergement en lieu de vie, les personnes âgées ont besoin que l'on prenne soin d'elles et cela nécessite donc une prise en soin globale de leurs attentes et de leurs besoins. Afin de respecter ces deux points, l'HAS dans ces recommandations de bonnes pratiques concernant l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011) indique qu'il faudrait "être à l'écoute des désirs spécifiques du temps présent en tenant compte de l'évolution de la personne [...] se donner les moyens d'y répondre au quotidien constitue une véritable prise en compte individuelle." (p.47)

Les personnes âgées présentent de multiples besoins au quotidien notamment du fait de leurs pathologies qui évoluent, du fait de leurs habitudes de vie mais aussi des besoins liés au vieillissement en lui-même. Tout d'abord, l'étude documentaire "Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD" provenant de santé et services sociaux au Québec (2003) nous rapporte que comme n'importe quelle personne, la personne âgée a effectivement des besoins. Ces besoins peuvent être des besoins physiologiques comme les 14 fondamentaux présents dans le modèle créé par Virginia HENDERSON en 1947. Ainsi, ils peuvent avoir des besoins concernant leur alimentation, leur élimination, leur sommeil, leur respiration, leur hygiène, leurs occupations... Toujours selon cette même étude documentaire, afin d'être accompli ces besoins nécessitent une prise en charge spécifique de la part des soignants auprès des personnes qui perdent leur autonomie.

L'étude "Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD" (2003) rapporte aussi que les personnes âgées ont des:

besoins d'amour et d'appartenance (relations humaines, intégration à la communauté interne et externe), d'estime de soi, d'actualisation (utilisation de son plein potentiel, autodétermination, maintien d'un sens à la vie) et de reconnaissance profonde (exercice des rôles sociaux et familiaux, activités significatives, spiritualité, etc.). (p.9)

En outre, toujours selon “Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD” (2003), chaque personne âgée va manifester ses besoins de manière différente en fonction de leurs pathologies, des vécus de chacun, de leurs habitudes de vie, “de leur personnalité, de leur culture et de leur histoire de vie.”(p.10)

L’HAS rapporte dans ses recommandations des bonnes pratiques (2018) sur les qualités de vie en résidence autonomie, que les personnes âgées ont notamment des besoins d’accompagnement afin de maintenir leur autonomie au maximum, d’essayer de ralentir les effets du vieillissement et d’éviter les risques liés à ce dernier. D’ailleurs, afin de répondre à ces trois critères, certaines personnes âgées ont besoin de participer à des ateliers “du type ateliers mémoire, prévention des chutes, aide à l’entretien du logement...” (p.9) comme le rapporte l’enquête de l’UNCCAS de 2012. De plus, pour répondre à ce besoin d’accompagnement, l’enquête a également démontré que les personnes âgées avaient besoin de se sentir entouré par le personnel soignant et ainsi ils ont besoin de savoir qu’ils peuvent les solliciter de jour comme de nuit. De plus, il est important de mentionner qu’un des besoins les plus recherchés par les personnes âgées en lieu de vie concerne “le développement de liens sociaux” (p.37). Elles sont en effet en recherche permanente de liens relationnels avec le personnel soignant comme le transmet l’analyse documentaire de l’HAS relative à la vie sociale des résidents en EHPAD (2011).

1.2.3 Les qualités requises des soignants en lieu de vie

Du fait de toutes les particularités des lieux de vie et de la prise en charge globale des résidents, il est important que les soignants requièrent des qualités indispensables à cette prise en soin. Il est notamment nécessaire pour les personnes âgées que les soignants “aient des qualités humaines et relationnelles : “gentillesse”, “humanité”, “sympathie”” (p.37) comme l’indique l’analyse documentaire rédigé par l’HAS sur la vie sociale des résidents (2011). Ces qualités dites relationnelles sont les plus recherchées par ces derniers. En outre, les personnes âgées recherchent également de la disponibilité des soignants ainsi que des preuves d’attention mais par manque de temps et de moyens humains, le personnel soignant à quelques difficultés à combler complètement ces deux besoins.

L’étude documentaire provenant de santé et services sociaux au Québec: “Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD” (2003), classe quant à elle les qualités requises pour le personnel soignant en trois catégories qui sont le savoir, le savoir-faire et le savoir être.

D'abord, le savoir correspond aux connaissances des soignants concernant les pathologies rencontrées, les personnes soignées, les soins à réaliser... Ensuite, le savoir-faire correspond aux aptitudes du soignant dans la prise en soin des résidents comme par exemple une capacité d'adaptabilité, un travail en collaboration et en interprofessionnalité mais aussi des "habiletés de communication et de présence thérapeutique [...], habiletés en analyse et résolution de problèmes" (p.17). Enfin, le savoir être est comparable à des attitudes prises par le soignant dans la prise en soin de la personne âgée. Ainsi, on peut noter qu'il est indispensable d'avoir des qualités comme "la chaleur et générosité; respect, empathie et intérêt pour la clientèle gériatrique; patience, tolérance, flexibilité; disponibilité; souplesse; motivation; créativité" (p.17). Aussi, la personne âgée nécessite une attention plus particulière au quotidien mais également plus de soutien. Ainsi, cela revient à dire que la personne âgée a besoin d'un accompagnement plus important de la part du personnel soignant.

2. La relation soignant-soigné au coeur des soins infirmiers

2.1 Une première approche de la relation soignant-soigné

La psychologue Carine MARAQUIN et la kinésithérapeute Geneviève MASSON (2010) rapportent que "par définition, toute relation repose sur un investissement affectif" (p.128). Ainsi, plusieurs sentiments "se vivent, s'échangent, naissent et meurent" (p.128) dans une relation et permettent de faire évoluer les liens qui unissent le soignant et le soigné. Cependant, il ne s'agit pas d'amour à proprement parler mais "d'une de ces multiples facettes." (p.128).

Selon Monique FORMARIER (2007), la relation de soin n'est pas identique à chaque patient, au contraire elle est différente avec chacun d'eux et elle se construit de manière personnalisée en fonction de leurs besoins et de leurs attentes mais aussi en fonction des "finalités de l'interaction (aide, éducation, information, soutien...)" (p.36). D'ailleurs, elle nous indique qu'il existe 7 sortes de relations de soins qui reposent chacune sur des concepts différents. Dans le cadre de mon sujet, trois types de relations de soins sont le plus couramment utilisés.

Tout d'abord, la relation de soin à proprement parler, qui est considérée comme la plus présente à l'hôpital. Chaque soignant met en place ce type de relation entre lui et son patient lors de soins qu'ils soient "techniques ou de confort" (p.37). On peut dire qu'elle permet au soignant de recueillir des informations de la part des patients.

Ensuite, la relation d'empathie, qui est la plus adéquate dans la relation soignant-soigné. En effet, l'empathie est un des concepts le plus utilisé lorsque nous élaborons une relation de soin avec un patient. Selon Pedinielli (1994), "l'empathie s'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi sans jamais perdre la qualité de "comme si" " (p.37). L'écoute active mais également la façon de nous comporter avec le patient forment la base de l'empathie et permettent ainsi de créer une relation de confiance avec le patient.

Enfin, la relation de soutien social est une relation qui se crée entre le soignant et le patient mais également entre le soignant et la famille du patient. Le soignant a donc pour rôle de soutenir le patient lors de son hospitalisation mais aussi la famille de ce dernier qui peut éprouver des difficultés et qui peut montrer un épuisement.

2.2 La construction de la relation de soin

2.2.1 Les approches mises en place et les valeurs indispensables à son bon fonctionnement

Comme le dit Margot PHANEUF (2011) dans un de ses ouvrages, la construction d'une relation de soin commence par la communication entre le soignant et le soigné et celle-ci est importante pour voir apparaître des émotions et ainsi une évolution de la relation de soin en relation d'aide, "toutefois la communication demeure un phénomène complexe" (p.3) et " s'établit de manière différente selon les personnes en interaction." (p.3). La communication ne s'établit pas uniquement grâce à la parole, elle s'établit aussi grâce à la façon dont nous nous comportons, nos expressions faciales et même nos silences.

Selon Alexandre MANOUKIAN (2008), l'élément le plus important dans une relation soignant-soigné est l'affectivité et "elle est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire." (p.9). En outre, plusieurs valeurs sont nécessaires dans l'instauration d'une relation soignant-soigné, "comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement." (p.56)

2.2.2 Les enjeux de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est importante car elle entraîne des enjeux autant bénéfiques pour le soignant que pour le soigné. En effet, la façon dont le soignant se comporte et parle, le non verbal avec les sourires, le regard, le toucher... sont autant de signes qui font que nous pouvons créer une relation soignant-soigné. Tous ces comportements vont permettre au soigné d'être dans un climat de confiance et ainsi cela entraîne "une meilleure qualité de vie et facilite le développement personnel des clients, comme celui des intervenants." (p.11) selon Margot PHANEUF (2011).

Un des enjeux importants de la relation soignant-soigné est l'instauration d'une relation de confiance. En effet, les soins ne peuvent pas être faits correctement sans cette confiance entre le soignant et le soigné. D'après Dominique PHANUEL et Françoise HAMON-MEKKI (2013), l'information donnée aux patients avec un vocabulaire adapté permet d'entamer cette mise en confiance. De plus, le comportement bienveillant et à l'écoute des soignants envers les patients ainsi qu'une attitude empathique de la part du personnel permet d'installer cette relation de confiance. Cette dernière est plus que nécessaire dans la prise en soin, elle est même essentielle. La perdre serait mettre en péril la santé du patient.

Enfin, Dominique PHANUEL et Françoise HAMON-MEKKI (2013) rapportent que plusieurs qualités soignantes sont importantes pour l'instauration d'une relation de confiance. Effectivement, il faut savoir répondre aux besoins des patients, avoir des capacités d'adaptabilité, "de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées" (p.31) ainsi que d'utiliser un comportement empathique.

L'alliance thérapeutique est également un enjeu de la relation soignant-soigné. Tout d'abord, elle est définie par Antoine BIOY et Maximilien BACHELART (2010) comme étant "la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés"(p.317).

D'après Margot PHANEUF (2016), dans le cadre de la relation soignant-soigné, une alliance thérapeutique peut être envisageable avec l'infirmière du fait de sa plus grande présence auprès des patients et donc elle "pourrait avoir une grande influence sur sa progression vers un mieux être"(p.1). Cette alliance thérapeutique passe d'abord par la création d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné afin de pouvoir avancer ensemble vers un objectif commun et vers "un processus de changement et sa progression vers un mieux-être"(p.2).

Margot PHANEUF (2016) exprime également le fait que cette alliance thérapeutique se réalise grâce aux différents aspects de la relation de soin, grâce à “son civisme, ses qualités de relation fonctionnelle, de relation de confiance et surtout la chaleur de la relation d’aide” (p.2). Cette alliance thérapeutique nécessite également de la part du soignant des qualités humaines, d’écoute, de présence, d’attention ou encore d’empathie.

2.2.3 Distance thérapeutique

La distance thérapeutique sinon appelée distance professionnelle est un concept souvent discuté dans les services de soins. Mais comment pouvons-nous savoir quelle distance établir entre un patient et un soignant? D’ailleurs existe t-il une distance “parfaite” dans une relation soignant-soigné?

Tout d’abord, d’après le dictionnaire en ligne du Petit Robert (2021), “la distance est la longueur qui sépare une chose d’une autre”.

Elke MALLEM (2005), rapporte que “l’homme n’est pas fait pour vivre en solitaire” (p.22). Ainsi, le soigné doit sentir notre présence pour éviter qu’il se sente seul et isolé, et donc il est important d’établir une bonne communication avec lui. La “bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l’atteinte à réparer. Il s’agira finalement plus d’une proximité que d’une distance.” (p.23).

Toutefois, cette notion de distance doit tenir compte de chaque situation nous rapporte Catherine DESHAYS (2010) et nous ne devons pas mettre en place de “principe de distance malheureusement souvent mis en oeuvre par le truchement de l’indifférence, de la froideur et parfois même du mépris” (p.8)

2.3 Mise en jeu des émotions

2.3.1 Fonctionnement des émotions

Les émotions sont définies par Margot PHANEUF (2011) comme étant “des états internes plus ou moins intenses suscités par la confrontation à des situations qui nous font réagir à la prise de conscience d’une réalité et de l’interprétation que nous en donnons.”(p.14) Ainsi, les émotions vont guider nos prises de décisions, nos manières de réagir et d’entreprendre des actions.

“Par ailleurs, lorsque nous exprimons des émotions positives, elles provoquent une abondance de manifestations fertiles pour les relations humaines.”(p.17) . En effet, la communication, la relation soignant-soigné et les émotions sont toutes trois reliées entre elles de manière évidente. Nous pensons que nos émotions ne sont pas perceptibles par les gens autour de nous alors qu’au contraire, que ce soit des émotions positives ou négatives, celles-ci sont bel et bien visibles.

D’après Catherine DESHAYS (2010), “L’émotion, pour reprendre l’étymologie, signifie un mouvement en dedans.” (p.114)

2.3.2 Importance des émotions

Comme le dit Margot PHANEUF (2011), les émotions ont une importance particulière dans la prise en soin des patients. En effet, “elles nous permettent de nous adapter à chaque situation, tout en nous aidant à tirer le plus de satisfaction possible de chaque moment et à éviter les obstacles et les dangers qui se trouvent sur notre chemin.” (p.14).

Frances WILKS va jusqu’à dire que les émotions sont nécessaires “pour harmoniser la tête et le coeur” (p.14). Il veut nous dire par là que la communication n’est pas seulement le fait de comprendre intellectuellement et d’entendre ce que le patient nous dit. En effet, les émotions nous permettent de décrypter ce que le patient est en train de vivre et ainsi cela nous permet d’exprimer “notre compréhension, voire notre compassion” (p.16). De plus, nos émotions “nous informent de nos propres besoins et de ceux des autres” (p.14).

Catherine DESHAYS (2010) se tient également de cet avis et rapporte qu’il faudrait prendre en considération nos émotions et “même de prendre appui sur notre ressenti pour mieux apprendre, comprendre.” (p.8)

Selon Marion BORENSTEIN (2018), les émotions vont nous permettre “de nous adapter à notre environnement et à ses stimulations.” (p.11). De plus, elles font partie intégrante de notre personnalité et de notre identité et “s’en couper, c’est s’amputer d’une partie de soi, de son identité personnelle mais aussi professionnelle. En effet, comment s’intéresser à ce que l’autre ressent si nous redoutons, par anticipation, l’écho que cela peut provoquer en nous ?” (p.12)

2.3.3 Gestion des émotions

Margot PHANEUF (2018) explique que la profession infirmière nous expose à des situations “ dont la charge émotionnelle est souvent très lourde et nous expose à des écueils” (p.25) et pour cela, il est important de savoir accepter nos émotions.

Lorsque nos émotions nous submergent, il est parfois difficile de les gérer et pourtant nous devons les accepter “plutôt que de les réprimer.” (p.16) selon Margot PHANEUF (2011). En effet, il est nécessaire de prendre conscience de nos émotions et surtout de les accepter pour ensuite pouvoir les gérer et nous exprimer.

Catherine DESHAYS (2010) exprime le fait que “là où il y a de la relation, il y a du risque” (p.23) . En effet, toutes relations entraînent le risque “d’être affecté, touché” (p.23) et nous devons donc à ce moment-là les gérer.

Par ailleurs, selon Catherine MERCADIER (2008), afin de se protéger et de contrôler les émotions perçues au décours des prises en soin, “les soignants mettent en place tout un ensemble de mesures” (p.22). Cette auteur nous explique que les protocoles mis en place dans les établissements de santé, l’utilisation de la parole et de l’humour par les soignants et “la maîtrise de l’interaction”(p.20) par les soignants sont à l’origine de la maîtrise de leurs émotions. Tout d’abord, ces derniers mettent une certaine mise à distance en utilisant le nom de famille des patients pour leur parler. Par ailleurs, l’utilisation d’instruments de soin “participent à cette maîtrise par la mise à distance sensorielle” (p.20). En effet, il a été prouvé à la suite d’un rapport relatif à l’intimité corporelle que les infirmières se sentaient moins gênées lorsqu’elles avaient recours à des soins utilisant de la technique, “la technique établit un écran opaque entre l’infirmière et le malade”(p.20) et ainsi une distance s’établit de ce fait. En outre, la parole permet également de diminuer l’effet des émotions. Effectivement, elle est mise en place interactivement “en détournant l’attention de la source de gêne du soignant et du soigné”(p.21). Ainsi, elle va permettre de “neutraliser l’émotion”(p.21). Une autre façon pour les soignants de maintenir à l’écart les affects est l’utilisation de l’humour et du rire, et selon DANOU (1994), ils constituent “une troisième voie, temporaire, d’épargne psychique”(p.21) avec la “fuite ou l’affrontement du corps malade”(p.21) comme le complète Catherine MERCADIER (2008).

Enfin, toujours selon Catherine MERCADIER (2008), le fait de délimiter l'univers soignant de l'univers soigné permet de rester à distance des émotions. Par exemple, la blouse blanche des soignants est utilisée comme une protection "qui garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses" (p.21). Cette tenue soignante une fois retirée à la fin de la journée octroie aux soignants "le sentiment qu'une partie de ses affects y reste collée" (p.21). A côté de cela, le vestiaire permet également de faire la différence entre le monde professionnel et celui personnel.

3. L'attachement auprès de la personne âgée

3.1 La théorie de l'attachement

3.1.1 Définition

Cette théorie de l'attachement a été développée par John BOWLBY et il la décrit comme étant "un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui, appliquer dès le plus jeune âge." (p.57 - FREITAS et RAHIOUI - 2017) D'après John BOWLBY "le système d'attachement est actif tout au long de la vie, "du berceau à la tombe"" (p.46 - MISTYCKI et GUEDENEY - 2007). Ainsi, la théorie de l'attachement est également perceptible chez les adultes. D'ailleurs, à cette période de la vie comme nous l'indique MISTYCKI et GUEDENEY (2007), l'attachement "constitue l'une des théories des liens interpersonnels"(p.46)

Magalie BONNET (2012) rappelle que selon BOWLBY "l'attachement correspond à un besoin de protection qui dure toute la vie" (p.125). De plus, elle explique que d'après ANZIEU (1990) "la théorie de l'attachement [...] est une composante de la nature humaine" (p.132) et que le vieillissement entraîne plutôt un attachement "de survie" du fait que la personne âgée s'attache afin "de lutter contre les pertes et la mort" (p.132).

La relation d'attachement nécessite de la sécurité et du confort selon Nicole GUEDENEY et Antoine GUEDENEY (2006).

Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007) rapportent que l'attachement entre deux adultes est réciproque.

3.1.2 Notion de transfert et de contre-transfert

Les notions de transfert et de contre-transfert proviennent de la psychanalyse et des recherches effectuées par FREUD. D'après sa définition, le transfert est "un mécanisme inconscient qui porte le patient à projeter sur la soignante des émotions personnelles influencées par son vécu antérieur avec les personnes clés de sa vie." (p.4).

De plus, le transfert peut être soit positif ou soit négatif. Le contre-transfert quant à lui est le fait que "l'infirmière éprouve des sentiments positifs ou négatifs pour le patient dont elle s'occupe" (p.9) nous explique Margot PHANEUF (2018). D'après elle, dès les premiers moments d'une relation de soin, naissent des émotions, des ressentis qu'ils soient positifs ou négatifs qui proviennent d'un phénomène de projection. Lorsqu'une soignante entoure, reconforte et a une attitude empathique à l'égard d'un patient, cela peut réactiver en lui des émotions déjà ressenties auparavant et ainsi il va les projeter sur la soignante en question. Toutefois, les personnes ne ressentent pas toujours ces réactions émotives car ces dernières sont en effet inconscientes. En outre, le transfert et le contre-transfert "répondent à deux mécanismes inconscients" (p.9) qui sont l'identification et la projection. L'identification est la première à apparaître dans le mécanisme de transfert et elle correspond à une volonté de la part de la personne réalisant le transfert d'être comme la personne qu'elle admire, elle va ainsi essayer de l'imiter. La projection correspond quant à elle au fait que le sujet projette des sentiments sur la personne sur laquelle elle réalise un transfert.

Margot PHANEUF (2018) affirme que les mécanismes de transfert et de contre-transfert montrent chez une personne sa vulnérabilité émotive. Enfin, elle rapporte que ces deux mécanismes ont des risques "soit dans le sens d'un attachement, soit dans le sens d'une indifférence ou d'une opposition." (p.20) Ainsi, il est important d'avoir une réflexion sur sa posture professionnelle et de "nous demander si notre réaction est de nature professionnelle ou bien émotionnelle" (p.20).

3.2 Le système d'attachement chez la personne âgée

3.2.1 Définition et sources de déclenchement

D'après Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007) et selon des études réalisées autour de la théorie de l'attachement, "il semble que le système d'attachement intervienne selon un modèle de vulnérabilité ou de résilience." (p.47) En effet, les personnes âgées du fait du vieillissement deviennent plus vulnérables et donc "plus dépendantes des personnes qui s'occupent d'elles" (p.48).

De plus, de peur d'être séparée ou abandonnée par sa figure d'attachement, la personne âgée va mettre en place des comportements afin de conserver une proximité avec celle-ci.

Le vieillissement est un processus qui engendre des modifications dans la vie des personnes âgées notamment une plus grande vulnérabilité, parfois les pertes de leurs proches.... Toutes ces modifications vont entraîner l'activation du système d'attachement. D'ailleurs, Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017) ajoutent que ce dernier est défini comme étant "un mécanisme de régulation interpersonnelle permettant d'exprimer de façon adaptée les attentes et les besoins relationnels envers une figure d'attachement" (p.56). Ainsi, suite aux modifications liées au vieillissement, la personne âgée doit se créer des "nouvelles capacités de régulation" (p.62) et réorganiser son système d'attachement.

Magalie BONNET (2012) explique que pour contrer la vulnérabilité, les personnes âgées ont besoin de ressentir une présence de la part de leurs proches ou de personnes rassurantes qui les protègent.

3.2.2 Les modèles internes opérants et le style d'attachement

Selon Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017), les modèles internes opérants sont définis comme des "modèles de représentations mentales de soi et des autres" (p.57) et ils sont constitués à partir des interactions précoces. Ces modèles interviennent pendant toute la vie.

Marc OLANO (2019) dans son article sur la théorie de l'attachement relaye les apports de plusieurs acteurs clés concernant cette théorie comme Mary AINSWORTH, Mary Main ou encore John BOWLBY. D'ailleurs, ce dernier explique que les modèles internes opérants se construisent dans la petite enfance et ce sont "des schémas mentaux qui englobent la représentation de soi et les attentes vis-à-vis d'autrui." (p.38)

BARTHOLOMEW et HOROWITZ ont classifié quatre styles d'attachement, qui sont : sécure, préoccupé, détaché et craintif. D'ailleurs, Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017) nous rapportent la définition de chacun des styles d'attachement selon les deux auteurs cités précédemment. Le style sécure est caractérisé par une bonne estime de soi et des autres, le style préoccupé comme un modèle de soi négatif et des autres positifs, le modèle détaché comme une bonne estime de soi et une vision négative des autres et le style craintif comme une mauvaise estime de soi et des autres.

Comme le disent Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007) et selon cette classification, “le style d’attachement représenterait une variable individuelle interagissant avec la régulation émotionnelle et le “coping” (mode d’ajustement au stress)” (p.47).

La psychologue Mary MAIN pense que les liens d’attachements vécus pendant notre enfance auront une répercussion “sur les liens d’attachements que nous établirons adultes” (p.40 - Sciences Humaines - Mai 2019). Mais, cela n’est pas le seul facteur évoqué. En effet, des facteurs génétiques, socioculturels ou encore psychologiques peuvent également intervenir dans le système d’attachement.

D’après Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007), le modèle interne opérant de type sécure implique que la personne reconnaisse qu’elle est vulnérable, qu’elle exprime ses sentiments “négatifs” sans que la relation avec le soignant soit altérée. Au contraire, les patients ayant un modèle interne opérant insécure, n’admettent pas d’être vulnérables et d’avoir besoin d’aide et ils font peu confiance aux soignants.

Marc OLANO (2019) rapporte que Mary MAIN caractérise les sécures comme des personnes ayant connaissance de leurs vulnérabilités, qui sont prêts à aider les autres et à demander aussi de l’aide, qui font confiance aux autres et qui expriment leurs sentiments. Pour elle, les personnes ayant un système d’attachement “détachés” font peu confiance aux autres, ils expriment peu leurs émotions négatives car ils ne les acceptent pas et “ils ont peur du rejet, de l’échec, du ridicule” (p.40). Elle définit les “préoccupés” comme des personnes qui ont une mauvaise estime d’eux-même, qui “ont besoin de réassurance” (p.40), c’est pourquoi “ils recherchent le soutien de leur entourage” (p.40) et qui ont du mal à gérer leurs émotions. Enfin, les personnes au système d’attachement “craintifs”, ont une mauvaise estime d’eux-même et des autres, ils réagissent rapidement au stress, ils évitent les situations conflictuelles et “ils ne font pas confiance” (p.40).

Les individus sécures “se considèrent comme valant la peine qu’on leur porte attention” (p.57) comme le rapportent Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017). Les préoccupés se sous-estiment et au contraire sur-estime les autres “en termes de disponibilité et de réceptivité” (p.57) et cela entraîne une grande charge émotionnelle. Alors qu’à l'inverse, les détachés ne font confiance qu’à eux-mêmes et cela entraîne “une désactivation émotionnelle” (p.57).

Selon Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007) “le propre style d’attachement du soignant va modeler la relation thérapeutique” (p.49). C’est à dire que le soignant lui aussi ayant son style d’attachement va “répondre de manière sensible aux besoins relationnels du patient” (p.49) en fonction de “sa propre histoire d’attachement et de ses propres besoins relationnels” (p.49).

3.2.3 Les figures d’attachement et leur importance

Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017) définissent la figure d’attachement comme étant “une personne soutenance, capable de garantir une disponibilité suffisante, en mesure de porter une attention toute particulière.” (p.56).

La psychiatre Nicole GUEDENEY (2019) rapporte que suite aux pertes vécues par les personnes âgées, leurs figures d’attachement changent car celles qu’ils ont eu initialement disparaissent. Ainsi, leurs nouvelles figures d’attachement peuvent être leurs enfants devenus adultes et leur rôle est très important auprès de la personne âgée. En effet, ces derniers étant plus vulnérables ont besoin de protection et d’être entourés par leurs enfants ou proches.

Au cours de la vie, la figure d’attachement peut être amenée à changer notamment lors du vieillissement, comme le disent Violaine MISTYCKI et Nicole GUEDENEY (2007). Mais l’attachement avec cette personne spécifique qui est la figure d’attachement, a tendance à persister toute la vie, en évoluant au fil des situations vécues.

Mélanie FREITAS et Hassan RAHIOUI (2017) expliquent que les figures d’attachements changent en effet au cours de la vie des patients mais que les anciennes figures d’attachements aujourd’hui décédées peuvent être utilisées comme proximité symbolique, “à visée de soutien” (p.58). Cependant, cette proximité symbolique n’est pas suffisante pour que le patient ressente un sentiment de sécurité suffisamment important donc il est nécessaire qu’une figure d’attachement réelle soit présente afin de remplir “un rôle de soutien affectif et relationnel” (p.58).

3.3 L'attachement soignant-personne âgée

3.3.1 Les représentations de la société

Comme le soulignent Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010), dans notre société actuelle l'attachement est régulièrement déprécié et peu pris en compte par le personnel soignant, les familles... "le sujet reste fort délicat et malheureusement assez tabou" (p.129)

Trop souvent, dans les couloirs des services nous entendons des remarques telles que "Vous n'êtes pas là pour aimer vos patients" (p.129) ou bien encore "il ne faut pas trop s'attacher" (p.129).. D'ailleurs, au regard des gens "il existe une sorte de mythe d'un professionnel idéal qui pourrait supporter toutes les souffrances de tous les patients, avec une facilité totalement dépourvue d'émotion." (p.130). Cette vision de la société sur l'attachement est en réalité une assimilation entre le mot "amour" et "la séduction, l'érotisme, la sexualité" (p.129). En réalité, on peut "aimer son travail, investir (une façon d'aimer) les personnes dont on s'occupe et être professionnel" (p.129). De plus, pour les gens, la notion de proximité est quelque chose de méconnue également et elle "est vite perçue comme un "dérapage"" (p.129).

Alors que contrairement à ce que pensent les gens, la proximité est belle et bien nécessaire pour créer un lien.

Par ailleurs, toujours selon ces deux mêmes auteurs, beaucoup de soignants nient le fait qu'ils s'attachent aux patients. C'est une manière pour eux de se protéger pour éviter de souffrir, mais pour d'autres c'est car ils pensent que cela n'est pas professionnel de s'attacher. Les soignants et la société en général associent l'indifférence émotionnelle avec le fait d'être professionnel.

Margot PHANEUF (2018) rapporte que l'attachement est trop souvent incompris et que dans cette relation de soin où le terme affectif est mis en avant, il est trop facile "à blâmer, à ridiculiser ou à pointer du doigt" (p.10).

3.3.2 Une nécessité pour les soignants de l'accepter

Accepter nos émotions et notre attachement aux patients est nécessaire car "nier nos affects constitue un risque à part entière" (p.130) d'après Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010). En effet, refuser d'admettre cet attachement amène à la déshumanisation de la relation soignant-soigné alors que l'accepter nous pousse à en faire une force de travail.

Cependant, reconnaître cet attachement requiert deux conditions pour le soignant, à savoir “accepter d’être touché lorsque l’histoire de l’autre entre en résonance avec nos propres sensibilités” (p.130) et “en parler, donc s’exposer dans nos modes de relation” (p.130).

3.3.3 Son importance dans les soins

Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010) indiquent que l’attachement est important dans la relation soignant-soigné pour les deux protagonistes. Plus qu’important pour le soignant, il est “même nécessaire car il est le support de notre force de travail.” (p.128). De plus, il s’agit de quelque chose de normal dans un contexte de soin, celui-ci prouve même l’humanisation de nos prises en soins. Elles nous interpellent également sur notre investissement auprès des personnes soignées et se demandent “comment un professionnel peut-il rester constamment disponible sans affection pour des personnes qu’il soigne?” (p.129)

Jean-François DORTIER (2019) va même jusqu’à dire que “l’attachement qui lie les êtres entre eux est désormais considéré comme un lien “vital”” (éditorial).

La notion d’attachement est d’autant plus importante pour le patient âgé qui est dans une période de sa vie où il doit faire face à des contextes de perte comme l’explique Nicole GUEDENEY (2019). Il s’agit même d’un besoin prioritaire pour eux.

Margot PHANEUF (2018) explique que l’attachement ne peut pas être réprimandable, au contraire, cela serait même plutôt étrange “qu’une relation soignant-soigné durable en soi complètement départie” (p.11)

3.3.4 Les barrières à ne pas franchir

La psychologue Carine MARAQUIN et la kinésithérapeute Geneviève MASSON (2010) nous interpellent sur les limites à ne pas dépasser dans la relation de soin. En effet, elle nous explique que la proximité ne doit pas entrer dans l’abus et dans la maltraitance par l’abus. Afin d’aider les soignants à ne pas dépasser cette fameuse barrière, elles expliquent ainsi quelques situations dans lesquelles les soignants ne sont plus à leur place dans la relation soignant-soigné et dans lesquelles ils dépassent les limites.

Ainsi, lorsque nous rentrons en concurrence avec les choix du patient et de sa famille, "quand je crois savoir mieux que le patient ce qui est bon pour lui" (p.129), quand je fais des choix à la place du patient, ou bien encore "quand je me crois "préférée" par un patient" (p.129) le soignant ne reste plus à sa place et dérape. Par ailleurs, elles rapportent également que malgré l'investissement affectif que nous devons avoir auprès des patients pour "bien les soigner" (p.130), nous devons malgré tout faire attention à ne pas "leur ajouter une souffrance supplémentaire." (p.130). En effet, "les liens que nous avons créés doivent pouvoir se défaire facilement" (p.130).

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Dans l'objectif de poursuivre la réalisation de mon mémoire et de confronter les apports théoriques de mon cadre conceptuel avec des avis de professionnels de la santé provenant du terrain, j'ai effectué des entretiens semi-directifs. Afin de réaliser ces entretiens, j'ai d'abord construit un guide d'entretien composé de questions ouvertes et suivant les différents axes déjà donnés dans mon cadre théorique. Ainsi, cela m'a permis de comparer toutes les informations apportées dans mon cadre conceptuel avec les réponses obtenues lors des entretiens.

La réalisation du guide d'entretien est une étape importante et dans laquelle j'ai eu quelques difficultés au début. En effet, l'intérêt de réaliser ces entretiens est de pouvoir les confronter avec les données de notre cadre conceptuel et il est donc nécessaire que toutes les notions abordées dans ce cadre le soient également dans nos entretiens, chose que je n'avais pas réalisé au début. Une fois avoir compris cette nécessité de retrouver toutes les notions, la réalisation du guide d'entretien a été plus facile.

J'ai pris la décision de réaliser trois entretiens semi-directifs car il me paraissait intéressant d'avoir plusieurs avis afin d'avoir le plus de confrontation possible avec la partie théorique mais également entre chacun de leurs avis.

Mes entretiens se sont déroulés auprès de deux infirmières travaillant en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et d'une travaillant en EHPAD. Je trouvais pertinent d'avoir des lieux de vie différents car les avis peuvent diverger en fonction des lieux de travail. Les trois infirmières interrogées ont déjà quelques années d'expériences. La première que j'ai interrogée travaille en EHPAD et a 25 ans d'expérience. La deuxième infirmière que j'ai questionnée a 15 ans d'expérience et travaille en USLD. Enfin, la troisième infirmière travaille en USLD également, elle a 9 ans d'expérience et était aide-soignante pendant 12 ans avant d'être infirmière. Malgré qu'elles aient toutes de l'expérience, chacune avec leurs parcours professionnels ont des vécus et des pratiques différentes.

Lors de chacun de mes entretiens, j'ai demandé aux infirmières si je pouvais les enregistrer afin de pouvoir retranscrire ce qu'elles me disaient et pour par la suite réaliser l'analyse de ces entretiens.

ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse de mes entretiens va se dérouler en quatre parties correspondant chacune aux notions abordées auparavant. De plus, dans ces quatre parties, je répondrai aux objectifs que je me suis fixés grâce aux questions posées lors des entretiens, à savoir :

- Rappporter les représentations des soignantes concernant le vieillissement, ce à quoi l'humain doit faire face quand il vieillit et si la personnalité évolue au cours du vieillissement .
- Exposer les particularités et les essentiels d'une prise en soin en lieu de vie ainsi que les qualités requises pour les soignants.
- Aborder le vécu des soignants face à la relation de soin, mettre en avant les comportements à avoir auprès des personnes âgées dans une relation de soin et exprimer les enjeux de cette prise en soin pour le soignant et le soigné.
- Comprendre comment l'attachement peut se créer en lieu de vie, les incidences qu'il peut avoir sur les protagonistes, ce qu'évoque la juste distance professionnelle et aborder les émotions ressenties par les soignants et la manière dont ils y font face.

1. Le vieillissement vu par les soignants

Lors des entretiens, les infirmières m'ont exprimé leurs représentations sur le vieillissement et il en est ressorti plusieurs axes. En effet, pour certaines d'entre elles, le vieillissement est perçu comme quelque chose de positif, elles expliquent entre autres que "c'est l'expérience", "des choses qu'on peut transmettre" ou encore "une certaine sagesse". Le vieillissement est également vu par les soignantes comme une continuité de la vie, l'une d'entre elles a d'ailleurs rapporté que ce sont juste "des années qui se rajoutent aux années". De plus, elles étaient toutes les trois d'accord pour dire que le vieillissement était en partie une période de la vie où il y a de multiples changements pour les personnes âgées car parfois "y a la maladie également qui prend le dessus". Selon elles, l'être humain quand il vieillit doit faire face à "beaucoup de pertes" aussi différentes soient elles comme par exemple, "les pertes des proches" que ça soit de la famille ou des amis. Il doit également faire face à "la perte de ses capacités propres à soi" entraînant une diminution de son autonomie et progressivement "la dépendance". Par ailleurs, l'une des infirmières m'a décrit le vieillissement comme étant une "diminution progressive de ses capacités physiques" et "une diminution des capacités psychologiques". Il est aussi important d'évoquer que les soignantes rapportent que lors du vieillissement les personnes âgées doivent faire face "à différents deuils".

En outre, elles m'ont exprimé le fait qu'une personne âgée a ses caractéristiques propres à elle car elle a "ses antécédents", "son passé", "son parcours". La prise en charge des personnes âgées est d'après les infirmières plus spécifique car "on ne prend pas qu'elle" et "on la prend dans sa globalité". Il est ressorti à plusieurs reprises que la prise en soin des personnes âgées est particulière "parce qu'ils sont peut-être un peu plus vulnérables".

Une évolution de la personnalité avec le vieillissement est également perçue par les infirmières. Elles rapportent en effet que les traits de caractère peuvent évoluer du fait de la maladie notamment, que parfois "ça peut exacerber des qualités ou des défauts". Cependant, pour elles "il reste toujours un trait de caractère" chez les personnes et que malgré le vieillissement une part de notre personnalité est malgré tout encore présente et ne change pas. Elles m'ont notamment cité que cette évolution de la personnalité serait dû à des facteurs contributifs comme le vécu de chacun par exemple.

D'autre part, il ressort des entretiens que certaines personnes âgées doivent faire face à l'absence de leurs proches qui ne sont pas toujours présents auprès d'eux. Ils doivent aussi accepter tous les changements que le vieillissement occasionne sur leur corps, leur esprit, leur famille, leurs habitudes et cela est parfois vécu par les personnes âgées comme quelque chose de compliqué selon les soignantes. D'ailleurs, certaines personnes ont du mal à accepter les changements dû au vieillissement et les soignants doivent donc mettre en place des attitudes afin d'éviter ce mal-être et afin "de maintenir au maximum leurs capacités" et "maintenir un minimum d'autonomie" comme me l'ont rapporté les infirmières interrogées. Dans les entretiens il est ressorti qu'en acceptant les changements dû au vieillissement, les personnes âgées commencent à "accepter la finitude de la vie".

2. Les essentiels d'une prise en soin en lieu de vie

La prise en soin des personnes âgées en lieu de vie est particulière d'après ce qui en ressort des entretiens. En effet, les lieux de vie ont des caractéristiques propres à eux comme l'indiquent les infirmières interrogées, elles sont toutes d'accord pour dire que ses spécificités sont dû au fait que ce soit "de la longue durée". Cependant, il s'agirait selon une des infirmières de la seule particularité de ce lieu d'exercice et de résidence et qu'à part cette durée, "y a pas énormément de changement". Les infirmières m'ont évoqué le fait que les personnes âgées ont des besoins propres à eux comme celui d'être entouré avec notamment une présence et un accompagnement que ça soit des soignants ou de leurs proches.

D'après la deuxième infirmière interrogée, la prise en soin en lieu de vie nécessite comme dans les autres services, l'utilisation de notre rôle propre et de notre rôle prescrit pour une prise en soin efficace et la plus complète possible. De plus, il est important selon les trois infirmières qu'une personnalisation des soins soit effectuée auprès de chaque résident afin de répondre à chacun de leurs besoins. En effet, selon elles soigner en lieu de vie, "c'est vraiment personnaliser ses soins par rapport à chaque patient".

En outre, pour travailler au sein d'un lieu de vie, il est indispensable que les soignants requièrent des qualités particulières d'après les entretiens réalisés. Tout d'abord, l'une des soignantes m'a exprimé qu'une qualité plus que nécessaire afin de travailler auprès des personnes âgées dans un lieu de vie est la motivation, "faut avoir envie d'être là". De plus, toutes les trois ont le même avis pour dire que les qualités les plus recherchées dans ce lieu de travail sont les qualités humaines comme "la bienveillance", "l'empathie" et "le relationnel". Il faut également que le personnel soignant fasse preuve de douceur et aussi de beaucoup d'"humour" selon la troisième infirmière interrogée. Il est ressorti des entretiens que le métier d'infirmière en lieu de vie requiert une grande adaptabilité, des capacités organisationnelles, un sens de l'observation et une distanciation correcte entre le soignant et le résident.

3. La relation soignant-soigné une nécessité mais comment l'installer ?

Les soignantes interrogées lors des entretiens, m'ont confié avoir un bon vécu face à la relation soignant-soigné et d'ailleurs c'est même un aspect qu'elles recherchent dans leur métier : "je vais plus rechercher le contact avec les gens". Pour elles, cette relation est vécue comme "un échange", et pour l'instaurer il faut d'abord établir un lien qui est "basé sur la confiance toujours", "basé sur les explications" et "basé sur l'écoute". Malgré tous leurs efforts pour mettre en place cette relation soignant-soigné au quotidien au sein de leur établissement, les soignantes voient quand même certains freins dans la continuité de cette relation comme le temps qui leur manque pour établir ce fameux lien avec les résidents. D'autre part, certaines d'entre elles se projetaient dans des situations qu'elles ou leurs proches pourraient vivre dans le futur dans un lieu de vie et un questionnement était perceptible quant à la manière dont elles effectuent leurs soins et si elles accepteraient certaines choses ou non.

D'après les dires des soignantes interrogées, dans une relation soignant-soigné, des comportements sont à mettre en avant afin de créer ce lien avec le résident. D'une part, selon une des infirmières, les soignants doivent adapter leurs explications au vocabulaire du résident afin que ce dernier comprenne ce qu'on lui explique. Ensuite, elles m'ont toutes les trois rapporté que des attitudes bienveillantes avec des preuves d'attention, de l'écoute, de l'empathie, de la délicatesse sont nécessaires pour que la relation de soin se passe bien. De plus, d'après elles il est important que les soignants soient "authentiques", et pour cela, "Il faut pas leur mentir" et "il faut tenir ses promesses" car cela risquerait de détruire cette relation et ce lien créé. Elles s'accordent également pour dire que la notion du respect est indispensable dans la relation de soin. Enfin, des gestes d'attention comme "quelquefois juste un petit coucou par la porte", "une petite main sur la main", "une main sur l'épaule" mais aussi "un petit sourire" sont nécessaires pour montrer aux résidents que les soignants font attention à eux, pensent à eux et cela prouve qu'ils existent. D'après les entretiens réalisés, pour pouvoir mettre en place toutes ces petites attentions, les soignants doivent prendre du temps pour les personnes âgées afin qu'elles puissent se livrer, "pour qu'elles puissent nous poser des questions", "qu'elles nous racontent ses petites misères", dans le but également de les rassurer et aussi de créer cette confiance.

Il ressort des entretiens que les enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie pour les soignants sont multiples. Tout d'abord, selon les soignantes, l'enjeu majeur est "qu'il y ait une confiance en fait qui s'installe". En effet, toujours selon elles, pour que les soins soient le mieux vécu possible par les résidents, pour que ces derniers puissent se livrer auprès des soignants, il faut impérativement cette relation de confiance. Par ailleurs, une des soignantes rapporte que pour elle, une prise en soin réussie est comme une valorisation de son travail. De plus, un autre enjeu pour elle serait de faire du bien aux personnes prises en soin, "on veut leur apporter quelque chose".

Des entretiens il en ressort que pour les personnes âgées, la prise en soin dans un lieu de vie a plusieurs enjeux notamment celui de se sentir à sa place dans son lieu de vie. De plus, il est nécessaire pour elles qu'elles reçoivent de l'attention, des moments "de réconfort" de la part des soignants, et que ces derniers leur apportent "de l'humain" comme me l'ont évoqué les infirmières. Elles ont besoin de toutes ces marques d'attention "pour qu'ils existent". Effectivement, comme l'expliquent les soignantes, à partir du moment où l'on reçoit de l'attention c'est qu'on existe toujours, "on existe dans le regard du soignant".

Comme expliqué auparavant, selon les soignantes, la confiance est indispensable dans la mise en place d'une relation soignant-soigné et cette confiance passe par "l'écoute active" et la "présence". Ainsi, cette relation de confiance va entraîner un attachement entre le soignant et le soigné. Selon les soignantes, cet attachement s'instaure de manière involontaire au décours de la relation de soin. De plus, elles pensent que cette confiance va permettre aux personnes soignées d'accepter certains soins et donc aux soignants de réaliser plus facilement les soins. Enfin, au sein de la relation de soin cela va permettre selon elles, aux soignés de se confier aux personnels soignants car sans confiance il n'y a pas de confiance.

4. Émotions des soignants et attachement, comment instaurer cette juste distance avec les résidents?

La notion d'attachement est selon les soignantes interrogées, plus perceptible dans des lieux de vie, à domicile ou auprès des jeunes enfants comme par exemple dans les services de pédiatrie. C'est ainsi qu'elles m'ont expliqué pourquoi selon elles les lieux de vie étaient plus exposés à l'attachement entre le soignant et le soigné. Tout d'abord, le fait que les résidents restent longtemps dans un lieu de vie est une des raisons pour laquelle l'attachement est plus présent dans cet endroit de soin. Effectivement, dans ce contexte les soignants les voient tous les jours, ils connaissent très bien leurs habitudes de vie, ils les voient dans leurs bons jours comme dans leurs mauvais jours, leurs remontent le moral, les voient diminuer petit à petit et les aident d'ailleurs à ralentir ces diminutions. De ce fait, les soignantes trouvent qu' "on a plus tendance à vouloir entrer en relation avec eux", à vouloir les connaître encore plus. En effet, selon elles, travailler dans le milieu du soin c'est travailler avec des humains et "la relation humaine elle passe forcément un peu par l'attachement". D'autre part, l'une d'elle m'explique que les gens rentrent en lieu de vie pour terminer leur vie et donc les soignants sont présents pour "les accompagner jusqu'à la fin". Une des infirmières travaillant en USLD pense également que la vulnérabilité de certains patients peut nous "attendrir" et donc dans ce cas l'attachement se crée aussi. Cet attachement s'instaure au fur et à mesure de la relation de soin et "peut être qu'ils se renforcent aussi quand ils ont plus besoin de nous" d'après elle. Cependant, l'une des infirmières m'a rapporté que la société a elle une vision assez tranchée concernant l'attachement dans la relation de soin. Les gens pensent que cet attachement ne devrait pas exister en lieu de soin car selon eux "c'est pas bien" et "c'est pas professionnel".

Par ailleurs, les entretiens réalisés me montrent que l'attachement peut avoir des incidences sur les patients. Tout d'abord, une des soignantes pense que les résidents peuvent voir certains soignants "comme un pilier", "un point de repère" mais le risque dans cette situation pourrait être que le patient ne va voir que par ce soignant et va moins écouter les autres, "tu vas peut-être devenir exclusif". De plus, afin de "faire plaisir" au soignant auquel il est attaché, le patient pourrait "mettre en 2ème plan son souhait" selon une des infirmières et faire ce que le soignant pense être bon pour lui. Des incidences à l'attachement sont également présentes sur les soignants selon elles. Tout d'abord, selon l'une des infirmières il est difficile de "toujours être dans l'empathie" et le risque c'est de rentrer dans la "sympathie". Ainsi, quand on passe dans la sympathie on serait "plus sensible à certaines situations" et donc on aurait une moins bonne analyse de la situation et on serait peut-être "moins objective". De plus, elle me rapporte que cet attachement pourrait entraîner des conflits au sein de l'équipe de soin du fait de ce manque d'objectivité. En effet, l'une d'elle m'exprime qu'une soignante ayant un lien d'attachement plus particulier avec un patient serait donc moins objective et ne serait pas forcément toujours d'accord avec les comportements de ses collègues vis-à-vis de ce patient. Ainsi, une soignante a rapporté que "tu deviens plus irascible avec certains comportements de tes collègues". Enfin, un autre risque de l'attachement serait que la prise en soin soit différente d'un patient à l'autre d'après une autre infirmière.

De plus, pour éviter tous ces risques liés à l'attachement, il est important de maintenir une certaine distance professionnelle comme me l'ont évoqué les infirmières. D'ailleurs, elles m'ont expliqué ce qu'évoquent pour elles cette fameuse distance que les soignants doivent garder avec les patients. Tout d'abord, la première d'entre elles me la définit comme étant "une belle théorie", dans laquelle les soignants ne s'attacheraient jamais aux personnes qu'ils prennent en soin et dans laquelle "on devrait traiter tous nos patients sur le même pied d'égalité". Pour cela, il faudrait selon elle "rester vraiment très professionnel" pour pouvoir garder cette objectivité dans le soin et afin d'éviter les affects il faudrait "se mettre sous cloche nous soignants". La deuxième infirmière m'a expliqué que pour elle il faudrait réussir à trouver un juste milieu en restant à notre position de soignant mais tout "en gardant le côté humain". Selon elle, c'est également le fait de ne pas penser à la place du patient, le laisser s'exprimer, "faire attention que l'autre existe". Enfin, la dernière infirmière interrogée pense que la juste distance professionnelle c'est prendre soin des patients avec empathie "mais sans être dans la sympathie".

Lors des entretiens, les infirmières interrogées m'ont exprimé l'intérêt de maintenir cette juste distance et elles m'ont répété à plusieurs reprises qu'il fallait la garder en place pour les soignants afin d'avoir toujours ce regard objectif sur les situations vécues.

Cette distance est, d'après les infirmières, également importante pour le soigné afin "qu'il ne soit pas perturbé" ou "influencé" dans ses prises de décisions par les avis des soignants et pour que ce soit lui qui reste "le centre du soin". Enfin, selon elles, elle est nécessaire "pour se protéger" soi et le patient. D'ailleurs, les entretiens m'ont permis de voir que cette juste distance professionnelle s'instaure grâce à plusieurs comportements et attitudes soignantes. Tout d'abord, selon l'une des soignantes, la tenue professionnelle dans les établissements de soin, le vouvoiement ainsi que le "fait qu'on dise Mme/Mr" mettent déjà une première barrière entre les soignants et les patients. De plus, une autre des soignantes rapporte le fait qu'on ait peu de temps à donner aux patients permet d'instaurer cette distance indirectement.

Cependant, cette juste distance est difficile à maintenir selon les infirmières interrogées. L'une d'elle m'a affirmé que "cette frontière elle est extrêmement fine" car en effet les soignants de par leurs qualités humaines bienveillantes pensent toujours aux gens dont ils prennent soin et donc cela peut freiner cette mise en place de la distance soignant-soigné. Une autre des infirmières m'a rapporté qu' "on ne peut pas rester insensible aux patients qu'on soigne". En effet, en les prenant en soin on s'intéresse forcément à eux, à leur vie, à leurs besoins, à leurs attentes et donc cette distance est d'autant plus difficile à mettre en place selon elle. Elle m'a aussi expliqué que parfois il arrive de se projeter dans une situation déjà vécue et cela peut aussi mettre un frein à l'instauration de cette distance.

Malgré tout, comme rapporté précédemment, les infirmières m'ont affirmé la nécessité de garder une distance tout en maintenant le côté humain. Instauration une trop grande distance dans les soins peut parfois être mal vécu par le soigné. De plus, deux d'entre elles m'ont exprimé le fait que nous sommes des soignants avant tout et que nous ne pouvons pas juste exécuter des soins techniques sans être dans le relationnel. Si cela était le cas, les patients auraient des difficultés à le vivre, "pour nos patients ça serait pas évident". L'une d'entre elles a d'ailleurs rajouté que sans cette relation humaine avec le soignant, la personne âgée ne se sentirait pas existée et ça constituerait une nouvelle perte pour eux. Une autre exprime le fait que cela serait d'autant plus difficile en lieu de vie de ne pas avoir ce côté humain car on les soigne dans leur globalité et donc "y a comme une sorte de proximité" qui s'installe.

Au cours de la relation de soin, les soignantes sont amenées à ressentir différentes émotions d'après ce que les entretiens m'ont rapporté. D'abord, les infirmières sont toutes d'accord pour dire que les émotions ressenties pendant leurs journées de travail sont les mêmes qu'elles ressentent dans leur vie personnelle: "c'est tout le panel des émotions qu'on peut rencontrer dans la vie au final". Elles m'ont exprimé plusieurs émotions qu'elles ont l'habitude de rencontrer au décours de la relation de soin, comme par exemple "la colère", "l'angoisse", "la peine", "le chagrin", "la tristesse", "la joie", ou encore "le dégoût". Elles m'ont expliqué que toutes ces émotions sont ressenties par les soignants envers l'équipe ou envers les personnes soignées. Par ailleurs, les soignantes rapportent aussi qu'il y a comme une sorte de transfert d'émotions des personnes soignées vers les soignants. En effet, dans la relation de soin, comme il y a justement ce côté humain, les soignantes disent que parfois elles ressentent "les mêmes émotions" que les patients.

Afin de gérer les émotions ressenties et notamment se protéger, les soignantes me rapportent qu'elles mettent en place certains comportements. L'une d'elles, m'explique que quand elle ne se sent plus capable de gérer une situation trop forte émotionnellement, elle prend le parti de "passer la main" à ses collègues afin de ne pas se mettre en difficulté et de ne pas mettre en danger le patient. De plus, elle m'a expliqué qu'elle essaye de ne pas dépasser cette distance avec le soigné, de "rester à sa place", afin d'éviter d'être trop exposée aux émotions. Une autre des infirmières m'explique que pour ne pas être trop affectée par ces émotions, elle essaye de faire la différence entre sa vie professionnelle et personnelle pour qu'elle n'y repense pas à son domicile, comme elle me l'a dit : "faut savoir laisser aux vestiaires certaines choses". La dernière des infirmières interrogées m'exprime le fait qu'elle se met à distance des émotions des patients grâce à "la théorie" et sa tenue professionnelle. Enfin, elle m'a également rapporté que selon elle il existe des ressources pour s'aider lorsqu'une soignante vit une situation avec une forte charge émotionnelle comme par exemple "l'équipe" soignante mais également "la psychologue".

DISCUSSION

1. Le vieillissement : ses représentations et ce qu'il engendre

Dans le cours de l'unité d'enseignement cycles de la vie et grandes fonctions, Vieillessement et involution des systèmes, le vieillissement était défini comme étant "l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui altèrent les différents systèmes et les fonctions de l'organisme." Une des infirmières interrogées m'a défini cette même notion de manière assez similaire à celle vue dans ce cours. En effet, elle définit le vieillissement comme étant une "diminution progressive de ses capacités physiques" et "une diminution des capacités psychologiques". Cette idée de diminution au niveau psychologique est également reprise par Psycom qui rapporte que "le vieillissement peut souvent s'accompagner de souffrance psychique" (p.4).

Grâce aux recherches que j'ai effectuées et aux entretiens que j'ai pu réaliser, j'en ressors que le vieillissement expose les personnes âgées à de multiples événements parfois difficiles à surmonter. D'une part, Nicole GUEENEY (2019) a rapporté que le vieillissement engendre plusieurs pertes comme la perte d'autonomie et la perte des proches. Les infirmières interrogées ont également rapporté ces mêmes conséquences et pensent notamment que le vieillissement est associé à "beaucoup de pertes" comme "les pertes des proches", "la perte de ses capacités propres à soi" qui va entraîner une diminution de son autonomie et par la suite le faire entrer dans "la dépendance". D'autre part, toujours selon Nicole GUEENEY (2019) cette population est d'autant plus vulnérable de part la maladie et également toutes les pertes citées auparavant. Comme le rapporte une des infirmières interrogées, "y a la maladie également qui prend le dessus". De plus, les infirmières évoquent également cette notion de vulnérabilité des personnes âgées. Par ailleurs, comme expliqué dans le cours de l'unité d'enseignement Soins Palliatifs, Accompagnement psychologique de la personne en fin de vie, le vieillissement de part toutes ses pertes, va entraîner les personnes âgées dans un processus de deuil. Les soignantes évoquent elles aussi le fait que cette population est confrontée à "différents deuils".

2. Le lieu de vie : une prise en soin particulière et des qualités nécessaires

Dans les recherches que j'ai effectuées concernant la particularité des prises en soins en lieu de vie, j'ai pu en ressortir qu'il est nécessaire d'avoir "une approche centrée" (p.11) sur le résident pris en soin. De plus, comme le rapporte l'étude documentaire de santé et services sociaux au Québec (2003) concernant le milieu de vie en CHSLD, il est important que cette prise en soin soit "globale, personnalisée, adaptée, positive, participative, interdisciplinaire" (p.11). Toutes ces caractéristiques de la prise en soin en lieu de vie permettent d'améliorer le bien-être des résidents, de répondre à leurs besoins et à leurs attentes de manière personnalisée et aussi de maintenir un maximum d'autonomie. Les soignantes rencontrées sont de ce même avis, pour elles la prise en soin en lieu de vie, "c'est vraiment personnaliser ses soins par rapport à chaque patient".

En parallèle, travailler en lieu de vie nécessite des qualités particulières de la part des soignants. Les infirmières interrogées ont rapporté qu'il fallait d'abord avoir des qualités humaines telles que "la bienveillance", "l'empathie", "le relationnel" mais aussi l'"humour". L'HAS dans son analyse documentaire sur la vie sociale des résidents (2011) confirme ce que les soignantes ont avancées en indiquant qu'il est nécessaire que les soignants "aient des qualités humaines et relationnelles : "gentillesse", "humanité", "sympathie"" (p.37). De plus, l'étude documentaire "Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD" (2003) rapporte aussi qu'il est indispensable d'avoir des qualités comme "la chaleur et générosité; respect, empathie et intérêt pour la clientèle gériatrique; patience, tolérance, flexibilité; disponibilité; souplesse; motivation; créativité" (p.17). Effectivement la motivation est également une qualité que les soignantes interrogées trouvent nécessaire dans la prise en soin en lieu de vie, l'une d'elles m'a d'ailleurs dit "faut avoir envie d'être là".

Ensuite, d'après l'étude documentaire "Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD" (2003) les infirmières ont besoin d'avoir des connaissances sur les pathologies, les traitements... afin de mettre en place une prise en soin de qualité.

Enfin, les infirmières m'ont rapporté que leur métier demandait une grande adaptabilité, de l'organisation, un sens de l'observation et une distance adaptée entre soignant et soigné. Ces qualités sont également citées dans l'étude documentaire "Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD" (2003), qu'il classe dans la catégorie du savoir-faire :

une capacité d'adaptabilité, un travail en collaboration et en interprofessionnalité mais aussi des "habiletés de communication et de présence thérapeutique [...], habiletés en analyse et résolution de problèmes" (p.17).

3. De la construction, aux enjeux de la relation soignant-soigné

Selon les soignantes que j'ai pu interroger, la relation soignant-soigné est considérée comme "un échange" et pour instaurer ce lien entre le soignant et le soigné, cette échange doit être basé selon elles "sur la confiance toujours", "sur les explications" et "sur l'écoute". En parallèle, dans les recherches que j'ai effectuée, Margot PHANEUF (2011) rapportait elle que la relation de soin se construit d'abord par la communication entre le soignant et le soigné.

Un point que je n'ai pas développée dans mon cadre conceptuel mais que les soignantes m'ont apporté pendant les entretiens, est le fait qu'il existe des freins dans la mise en place ou dans la continuité de la relation de soin, notamment le manque de temps auprès des résidents.

D'après les infirmières, afin d'instaurer un lien avec la personne soignée dans la relation de soin, plusieurs comportements doivent être mis en avant par les soignants. Pour elles, il est tout d'abord nécessaire d'utiliser un vocabulaire adapté aux patients. Dominique PHANUEL et Françoise HAMON-MEKKI (2013) confirment cette idée en disant qu'il est important pour la personne soignée "de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées" (p.31). Par ailleurs, les infirmières m'ont rapporté que pour une relation de soin de qualité, il est indispensable que le personnel soignant ait des attitudes bienveillantes à l'égard des personnes soignées comme l'écoute, l'empathie, l'attention et également la délicatesse. L'attention se prouve notamment selon elles de part des petits gestes comme "quelquefois juste un petit coucou par la porte", "une petite main sur la main", "une main sur l'épaule" mais aussi "un petit sourire". De plus, lors de mes recherches j'ai abordé la notion d'empathie et ainsi, j'ai pu en ressortir que ce concept est le plus utilisé lors de l'instauration d'une relation de soin. De plus, selon Pedinielli (1994), "l'empathie s'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi sans jamais perdre la qualité de "comme si" " (p.37). J'en ressors également de mon cadre théorique que l'écoute active et nos comportements vont permettre de créer la base de cette empathie.

Cette même notion est également un élément important dans la relation de soin selon Alexandre MANOUKIAN (2008). Selon lui, il existe plusieurs valeurs inhérentes à l'instauration de cette relation de soin "comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement." (p.56).

La notion d'authenticité est aussi une valeur importante selon les soignantes interrogées et pour elles cette authenticité est perceptible de part l'absence de mensonge et le fait que chaque soignant doit "tenir ses promesses".

Toutes ces attitudes et ces comportements sont mis en place dans la relation soignant-soigné dans le but d'instaurer une relation de confiance avec le patient. Cette relation de confiance est d'ailleurs essentielle dans la prise en soin, et la perdre serait mettre en péril la santé du patient selon Dominique PHANUEL et Françoise HAMON-MEKKI (2013). Pour les infirmières interrogées dans mes entretiens, la confiance est importante dans la relation de soin et elle passe notamment par "l'écoute active" et la "présence". De plus, dans les recherches que j'ai pu effectuer, j'ai appris que selon Dominique PHANUEL et Françoise HAMON-MEKKI (2013), les soins ne pouvaient pas être réalisés correctement sans une confiance entre le soignant et le soigné. Margot PHANEUF (2011) note elle que cette confiance dans les soins entraîne "une meilleure qualité de vie et facilite le développement personnel des clients, comme celui des intervenants." (p.11). Les soignantes sont d'ailleurs de cet avis et m'ont transmis que pour elles l'enjeu majeur est "qu'il y ait une confiance en fait qui s'installe". Pour cela, elles pensent que le temps passé auprès des résidents est bénéfique pour mettre en place cette confiance. En effet, d'après elles cela permet aux résidents de se livrer, qu'ils puissent questionner le personnel soignant sur certains sujets qu'ils n'ont pas forcément compris, pour que les soins soient le mieux vécu possible et aussi pour qu'ils se sentent rassuré. Cependant, malgré l'importance du temps que nous devons apporter aux résidents, les conditions de travail actuelles dans les lieux de vie et la charge de travail, contraints les soignants à devoir diminuer leur temps passé auprès d'eux.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai abordé la notion d'alliance thérapeutique et certains auteurs considèrent cet élément comme un enjeu de la relation soignant-soigné. En effet, Margot PHANEUF (2016) exprime le fait que pour le soigné, l'alliance thérapeutique "pourrait avoir une grande influence sur sa progression vers un mieux être"(p.1). Toujours d'après Margot PHANEUF (2016), l'alliance thérapeutique s'instaure après la relation de confiance entre soignant et soigné. Elle explique également pour que cette alliance thérapeutique s'installe, les soignants doivent avoir des qualités humaines d'écoute, de présence, d'attention ou encore d'empathie. Ce qui correspond finalement aux qualités nécessaires à la mise en place de la relation de soin. Les soignantes m'ont d'ailleurs expliqué que pour elles, la confiance va en effet permettre aux personnes soignées d'accepter plus facilement certains soins et donc une certaine alliance thérapeutique s'installe.

4. Instauration et gestion des émotions au sein de la relation de soin

Au cours des recherches que j'ai effectuées, j'ai réalisé l'importance d'accepter nos émotions. En effet, selon Margot PHANEUF (2018), notre profession entraîne de nombreuses émotions parfois difficiles à maîtriser et pour lesquelles cela "nous expose à des écueils" (p.25). Catherine DESHAYS (2010) rapporte quant à elle que "là où il y a de la relation, il y a du risque" (p.23). Margot PHANEUF (2011) exprime également le fait qu'il est important d'accepter ces émotions "plutôt que de les réprimer." (p.16) car sans en prendre conscience, nous ne pouvons pas les gérer.

Dans mon cadre conceptuel, je n'ai pas développé les émotions ressenties par les soignants dans la relation de soin mais les infirmières interrogées m'en ont citées quelques-unes. D'après elles, les émotions ressenties sont les mêmes que dans leur vie quotidienne, comme l'une d'elles m'a dit : "c'est tout le panel des émotions qu'on peut rencontrer dans la vie au final". Elles m'ont expliqué qu'il leur arrivait de rencontrer des émotions telles que "la colère", "l'angoisse", "la peine", "le chagrin", "la tristesse", "la joie", ou encore "le dégoût". De plus, elles pensent que parfois les soignants ressentent les mêmes émotions que les résidents.

Les infirmières interrogées m'ont rapporté quelques attitudes qu'elles mettaient en place afin de gérer leurs émotions et ainsi se protéger. Catherine MERCADIER (2008) est également de cet avis et pense qu'il est nécessaire de mettre en place des stratégies afin de contrôler nos émotions. Tout d'abord, la première des infirmières que j'ai interrogé, m'a rapporté qu'elle essayait de faire la différence entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle et qu'elle utilisait le vestiaire comme barrière avec l'extérieur : "faut savoir laisser aux vestiaires certaines choses". Catherine MERCADIER (2008), explique aussi dans ses écrits que le vestiaire permet de faire la différence entre notre travail et le monde extérieur. Toujours selon la première infirmière, afin d'éviter les affects il faudrait "se mettre sous cloche nous soignant". La deuxième des infirmières interrogées m'a expliqué que lorsqu'elle ne se sent plus capable et que ses émotions la submergent, elle laisse la place à ses collègues dans le but de se protéger mais également de mettre en sécurité le patient. Cette même infirmière m'a dit qu'elle essayait de "rester à sa place" dans la relation de soin pour que cela évite qu'elle ressente beaucoup d'émotions. La troisième soignante interrogée utilise quant à elle "la théorie" et la tenue professionnelle pour se protéger des émotions. De plus, selon elle il faut s'appuyer sur des ressources pour s'aider comme les collègues ou encore "la psychologue". L'utilisation de la blouse blanche comme protection des émotions, est également un point évoqué par Catherine MERCADIER (2008).

En effet, selon elle la tenue professionnelle “garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses” (p.21) et les soignants quand ils la retirent ont “le sentiment qu’une partie de ses affects y reste collée” (p.21).

Dans mes recherches, j’ai aussi pu voir que l’humour permettait selon DANOU (1994) de contrôler nos émotions en mettant à l’écart nos affects. Selon moi, l’humour peut être considéré comme un mécanisme de défense et l’utiliser nous permet de nous protéger de nos émotions.

5. L’attachement soignant-personne âgée

Selon les soignantes interrogées, la société a des représentations concernant l’attachement et pense notamment qu’il ne peut pas exister dans un établissement de santé car “c’est pas bien” et “c’est pas professionnel”. Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010) rapportent elles aussi cette vision assez négative de la société concernant l’attachement, pour elles “le sujet reste fort délicat et malheureusement assez tabou” (p.129). Margot PHANEUF (2018) est également de cet avis et pense que l’attachement est mal compris par la société et que ce dernier est trop facile “à blâmer, à ridiculiser ou à pointer du doigt” (p.10).

La notion d’attachement est selon les soignantes interrogées plus ressentie dans les lieux de vie ou auprès d’enfants. En effet, le fait que les patients restent un certain temps dans une structure entraîne cet attachement dans la relation de soin entre le soignant et le soigné. Elles rapportent également que lorsque nous prenons en soin des patients depuis longtemps, “on a plus tendance à vouloir entrer en relation avec eux”. Ce point n’a cependant pas été évoqué dans mon cadre conceptuel et j’aurai en effet pu développer cet axe dans une autre partie.

Un autre angle que je n’ai pas exploitée dans mon cadre conceptuel mais que les infirmières ont abordées sont les incidences de l’attachement sur les patients. Pour elles, il peut y avoir des risques à cet attachement comme par exemple le fait que le résident ne voit que par une soignante. Un autre danger de cet attachement pourrait être que le patient pour “faire plaisir” au soignant dont il est attaché pourrait oublier ses choix et suivre ceux du soignant en question. L’attachement va également selon elles faire que les soignants soient moins objectifs dans leur prise en soin. Ainsi, des conflits au sein de l’équipe soignante peuvent apparaître.

6. Juste distance professionnelle : un enjeu dans les soins

Dans le cadre de mes recherches, j'ai abordé la notion de distance professionnelle et j'ai d'ailleurs obtenu une définition de cette dernière. En effet, selon le dictionnaire en ligne du Petit Robert (2021) "la distance est la longueur qui sépare une chose d'une autre". De plus, Elke MALLEM (2005) explique que la "bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler, l'atteinte à réparer. Il s'agira finalement plus d'une proximité que d'une distance." (p.23). Les soignantes interrogées ont quant à elle une définition qui leur est propre de la distance professionnelle. Effectivement, la première infirmière me l'a défini comme "une belle théorie" avec des soignants qui ne s'attacheraient jamais aux résidents pris en soin, dans laquelle "on devrait traiter tous nos patients sur le même pied d'égalité". La deuxième soignante pense que cette notion de distance est comme un jeu d'équilibre dans lequel nous devrions trouver un juste milieu entre garder notre position de soignant tout "en gardant le côté humain". Enfin, la dernière soignante m'a expliqué que selon elle la juste distance professionnelle correspondait à prendre soin des patients avec empathie "mais sans être dans la sympathie".

Les recherches effectuées m'ont permis de comprendre que cette juste distance professionnelle était dure à maintenir. En effet, Elke MALLEM (2005) exprime que "l'homme n'est pas fait pour vivre en solitaire" (p.22), ainsi dans le cadre de la relation de soin, la personne soignée a besoin de sentir la présence du soignant pour ne pas se sentir seule. Les infirmières interrogées pensent également que cette juste distance est difficile à trouver. D'ailleurs, l'une d'elles m'a rapporté que "cette frontière elle est extrêmement fine", du fait des qualités humaines des soignants notamment.

Un autre axe exprimé par les soignantes est le fait que nous ne pouvons pas rester de marbre face aux patients que nous prenons en soin. Effectivement, comme elles me l'ont expliqué nous nous intéressons à leur vie, à leurs besoins, à leurs attentes et ainsi cette distance est particulièrement difficile à installer. Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010) sont également de cet avis et pensent d'ailleurs que cela prouve l'humanisation de nos prises en soins. De plus, elles expriment qu'il sera difficile de prendre en soin des patients sans avoir d'affect : "comment un professionnel peut-il rester constamment disponible sans affection pour des personnes qu'il soigne?" (p.129)

En parallèle, Catherine DESHAYS (2010) rapporte que dans la relation de soin, nous ne devons pas instaurer un “principe de distance malheureusement souvent mis en oeuvre par le truchement de l’indifférence, de la froideur et parfois même du mépris” (p.8). Selon une des soignantes, instaurer une trop grande distance dans les soins peut en effet parfois être mal vécu par le soigné. En outre, selon deux des soignantes, nous sommes humains avant tout et notre profession nous oblige à être dans le relationnel et pas uniquement d’exécuter des soins techniques. Elles m’ont d’ailleurs exprimé le fait que si nous n’avions pas ce côté relationnel, cela pourrait être difficile à vivre pour les patients et “ça serait pas évident”.

Par ailleurs, il est nécessaire de ne pas dépasser cette fameuse distance thérapeutique. En effet, selon Carine MARAQUIN et Geneviève MASSON (2010), il est important que les soignants comprennent que dans certaines situations, ils ne sont plus à leur place de soignants et dépassent cette barrière. Par exemple, ces deux auteurs expliquent que lorsque le soignant influence les choix du patient en pensant ce qui est mieux pour lui, ou alors “quand je me crois “préféré” par un patient” (p.129), le soignant a dépassé les limites de cette juste distance professionnelle et s’investit trop dans la relation de soin. L’une des soignantes interrogées m’a exprimé le fait que la distance doit être installée pour que le soigné “ne soit pas perturbé” ou “influencé” dans ses choix et ainsi qu’il reste “le centre du soin”. La deuxième infirmière a aussi cette même vision de la juste distance et pense qu’elle doit aussi être présente dans la relation de soin pour que le soignant ne pense pas à la place des patients pris en soin et aussi afin de “faire attention que l’autre existe”.

Enfin, dans le but de mettre en place cette juste distance professionnelle, une des soignantes m’a expliqué que selon elle il faut “rester vraiment très professionnel” afin de garder son objectivité. Lors de mes recherches, j’ai noté que Catherine MERCADIER (2008) exprime le fait que la distance s’installe aussi de part l’utilisation du nom de famille des patients afin de leur parler. Une des soignantes me l’a également rapportée en me disant que la tenue professionnelle, le vouvoiement et le “fait qu’on dise Mme/Mr” permettent cette mise à distance entre soignant et soigné.

Toutes les recherches que j’ai effectuées ainsi que les entretiens que j’ai réalisés m’ont permis de voir que de nouveaux axes de recherche entrant dans le cadre de ma question de départ étaient possibles. Ainsi, une nouvelle question de recherche émane de toutes mes réflexions :

En quoi une juste distance professionnelle entre le soignant et la personne âgée dans un lieu de vie peut-elle permettre ou non une meilleure prise en soin quotidienne ?

CONCLUSION

J'arrive désormais à la fin de ce travail de recherche, qui m'a permis grâce à toutes ses étapes de répondre à certains de mes questionnements que j'avais au début de ce travail, d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ mais également de créer de nouveaux questionnements qui m'ont d'ailleurs amené à une nouvelle question de recherche.

Toutes les recherches que j'ai effectué pour enrichir mon cadre conceptuel m'ont permis d'aborder des notions pour lesquelles j'avais quelques connaissances mais peu approfondies. De plus, les entretiens réalisés auprès des soignantes m'ont aussi permis d'avoir une autre vision des notions abordées dans mon sujet.

De tout ce travail, j'en retiens que le vieillissement est une phase de la vie remplie d'obstacles, dans laquelle les personnes âgées vivent des moments parfois difficiles et pour lesquelles elles demandent de l'attention et de la présence de la part de leurs proches mais également des soignants. Par ailleurs, vivre dans un lieu de vie nécessite de la part des soignants d'avoir des qualités humaines afin de pouvoir mettre en place une prise en soin de qualité. De plus, une adaptation de leurs comportements à chaque personne âgée est nécessaire afin qu'ils soient au plus proche de leurs besoins et de leurs attentes. En outre, j'ai aussi pu comprendre que des émotions pouvaient naître de la relation soignant soigné et que celles-ci étaient importantes dans le cadre d'une prise en soin mais qu'il était cependant nécessaire de savoir les maîtriser. Enfin, l'attachement se révèle être une notion complexe à accepter par la société notamment mais parfois par les soignants également. Une difficulté aussi perceptible dans la notion d'attachement est le fait qu'en tant que soignant, nous devons faire attention à ne pas dépasser certaines "limites" avec les personnes soignées. C'est ainsi que la notion de juste distance professionnelle prend tout son sens :

Mais comment définir cette juste distance professionnelle?

Doit-elle être similaire entre tous les patients ?

Est-elle nécessaire pour une prise en soin de qualité ?

Toute une réflexion sur la juste distance professionnelle émerge désormais de mon travail de recherche.

Pour conclure, ce travail m'a permis de me projeter en tant que future professionnelle, de me poser les bonnes questions et surtout d'essayer d'y répondre. Mais je me suis rendu compte qu'il n'y avait pas forcément de bonne réponse et de bonne manière d'agir et de réagir face aux situations d'attachement. Chacun avec son caractère, son vécu et ses expériences professionnelles aura une vision différente de cette notion. En revanche, il est important de pouvoir se remettre en question sur ses propres pratiques quand nous ne sommes pas en accord avec le reste de l'équipe soignante par exemple lors d'un désaccord dans la façon de prendre en soin un patient. Pour finir, je retiens l'importance de pouvoir compter sur ses collègues quand des situations à haut risque émotionnel se présentent.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages:

- Bioy, A., Bourgeois, F., et Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques* (3e éd). Bréal.
- Debacq, E. (2009). *Le droit au choix des résidents en Ehpad, un engagement du projet d'établissement face aux contraintes institutionnelles*, diplôme directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. EHESP.
- Deshays, C. (2010). *Trouver la bonne distance avec l'autre : Grâce au curseur relationnel*. InterEditions.
- Guedeney, N., et Guedeney, A. (2006). *L'attachement : Concepts et applications* (2e éd). Masson.
- Manoukian, A., et Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e éd). Lamarre.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné Rencontre et accompagnement*. Chenelière.
- Tortora, G. J., Derrickson, B., Dube, S., et Martin, L. (2016). *Manuel d'anatomie et de physiologie humaine* (2e éd). De Boeck supérieur.

Articles:

- Bioy, A. et Bachelart, M. (2010) L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326. https://www.researchgate.net/profile/Antoine_Bioy/publication/215512433_The_therapeutic_alliance_background_research_and_clinics_L'alliance_therapeutique_historique_recherches_et_perspectives_cliniques/links/54b285360cf28ebe92e2c206.pdf
- Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 198, 123-134. <https://doi.org/10.3917/dia.198.0123>
- Borenstein, M. (2018). Les soignants et leurs émotions au quotidien. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 39(304), 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2018.07.002>
- Formarier, Monique. 2007. « La relation de soin, concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers* 89 (2): 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>.
- Freitas, M., et Rahioui, H. (2017). Late-life attachment. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 15(1), 56-64.
- Guedeney, Nicole. 2019. Personnes âgées, comment les sécuriser? *Sciences humaines* N°314, 54-55

- Mallen, Elke. psychologue, formatrice, La distance professionnelle, (Objectifs soins). Mai 2005, n°136. Paris, *ressources humaines*. Pages 22-23
- Maraquin, Carine., et Geneviève, Masson. 2010. « Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin ». *VST - Vie sociale et traitements* 107 (3): 128-130. <https://doi.org/10.3917/vst.107.0128>.
- Mercadier, C. 2008. Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadres de santé*, (65), 19-22. [Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin - EM Premium \(em-premium.com\)](https://www.em-premium.com)
- Mistycki, V., et N. Guedeney. 2007. « Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique ». *Recherche en soins infirmiers* N° 89 (2): 43. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0043>.
- Olano, Marc. 2019. La théorie de l'attachement. *Sciences humaines* N°314, 36-41
- Paillat, P., Thevenet, A., Guisset, M-J. 1995. Vieillir en collectivité . *Gérontologie et société* N°73, 198.
- Phanel, D., et Hamon-Mekki, F. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *Soins*, 30-31. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2013.08.012>
- Sureau, P. (2018). De la confiance dans la relation de soin. *Soins*, 44-46. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.010>

Dictionnaire:

- Le Robert. Distance. Dans dictionnaire en ligne. Consulté le 18/03/2022 sur [distance - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert](https://www.le Robert.fr)

Pages Web:

- HAS. 2011. *Qualité de vie en EHPAD (volet 2): organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. [analyse_documentaire_qdv2.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/document/analyse-documentaire/analyse-documentaire_qdv2.pdf)
- HAS. 2011. *Qualité de vie en EHPAD (volet 3): La vie sociale des résidents en EHPAD*. [Microsoft Word - elements de contexte 9 nov def mis en page.doc \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/document/microsoft-word-elements-de-contexte-9-nov-def-mis-en-page.doc)
- HAS. 2018. *La qualité de vie en résidence autonomie*. [Haute Autorité de Santé - Qualité de vie en résidences autonomie \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/document/la-qualite-de-vie-en-residence-autonomie)
- Phaneuf, Margot. 2016. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. [Microsoft Word - L'alliance thérapeutique comme instrument de soins \(prendresoins.org\)](https://www.prendresoins.org/)

- Phaneuf, Margot. 2018. « L’infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ? »
<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2018/03/Linfirmiere-peut-elle-ressentir-de-s-emotions-particulieres-pour-un-patient-ou-une-patiente.pdf>
- Previssima. (2022). *Quels sont les types d'établissement pour les personnes âgées dépendantes?*. [Quels sont les types d'établissements pour les personnes âgées dépendantes ? - Previssima](#)
- Psycom. 2020. Santé mentale et vieillissement. [Sante-mentale-et-vieillessement-2020.pdf \(psycom.org\)](#)
- Santé et services sociaux au Québec. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. [Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles \(gouv.qc.ca\)](#)
- Staffsanté. 2012. *Les 14 besoins de Virginia Henderson*. [Les 14 besoins de Virginia Henderson | STAFFSANTÉ \(staffsante.fr\)](#)

Mémoires:

- Brenier, Coralie. (2012). *Les émotions du soignant*. [tfe-coralie-brenier.pdf \(infirmiers.com\)](#)
- Marjollet, Audrey.(2016). *La juste proximité au cœur de la relation soignant-patient en fin de vie*. [La juste proximité au coeur de la relation soignant-patient en fin de vie \(univ-lorraine.fr\)](#)
- Ranasinghe Arachchige, Ivandi.(2012). *La juste distance dans la relation soignant-soigné*. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf>

Cours:

- Dieu, Catherine. (2021). UE 4.7 (Soins Palliatifs). *Accompagnement psychologique de la personne en fin de sa vie et de la famille* [présentation PowerPoint]. Repéré sur My Komunote.
- Guy, Dominique. (2019). UE 2.2 (Cycles de la vie et grandes fonctions). *Le vieillissement son impact sur les organes et les grandes fonctions* [Présentation PowerPoint]. Repéré sur My Komunote.

Photos:

- [Soins aux personnes âgées SOINS CONFORT MAIN se contenta de vieillesse senior femme âgée regarde et touche main réconfortante de soignant Photo Stock - Alamy \(alamyimages.fr\)](#)

SOMMAIRE DES ANNEXES

I- Guide d'entretien

II- Retranscription entretien n°1

III- Retranscription entretien n°2

IV- Retranscription entretien n°3

V- Tableau d'analyse des entretiens

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Question d'introduction à l'entretien:

- Est-ce que vous pouvez me présenter en quelques mots votre parcours professionnel?

Le vieillissement:

- Est-ce un choix de travailler auprès des personnes âgées pour vous? Pour quelles raisons avez-vous fait ce choix?
- Que représente pour vous le vieillissement? Pensez-vous que la personnalité évolue avec le vieillissement? Si oui, en quoi?
- A quoi l'être humain doit-il faire face quand il vieillit? (pertes, phases de deuil)

Lieux de vie:

- Quelles sont les particularités et les essentiels de la prise en soin dans un lieu de vie?
- Quelles qualités sont nécessaires pour travailler auprès des personnes âgées en lieu de vie?

La relation auprès de la personne âgée:

- Comment vivez-vous la relation de soin avec la personne âgée?
- En quoi une prise en soin auprès de la personne âgée est-elle spécifique?
- Quels sont les comportements à mettre en avant dans une relation de soin auprès de la personne âgée? (approches à avoir...)

L'attachement

- Quels sont les enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie pour le soignant? Pour la personne âgée?
- Avez-vous déjà ressenti de l'attachement auprès d'un ou plusieurs patients que vous prenez en soin?

Si oui, était-ce dans un lieu de vie? Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation vécue?

- En quoi la prise en soin dans un lieu de vie nous expose t-elle plus à l'attachement? (les raisons pour lesquelles on est plus exposés à l'attachement)
- Quelles genres d'incidences peut avoir l'attachement, sur la personne âgée, sur le soignant ?

La juste distance soignant-soigné:

- Que pensez-vous de la distance entre le soignant et la personne soignée?
- Qu'évoque pour vous la notion de juste distance professionnelle? Est-ce un enjeu dans la prise en soin auprès de la personne âgée? Si oui pourquoi?
- Réussissez-vous toujours à instaurer cette « juste distance professionnelle » avec vos patients?
- A quelles émotions peuvent être confrontés les soignants?
- Quels moyens/ stratégies utilisez-vous pour gérer les émotions issues de la relation?

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1

ESI: Est-ce que tu pourrais me présenter en quelques mots ton parcours professionnel?

IDE: Alors ça fait 25 ans que je suis diplômée, j'ai travaillé 3 mois dans une autre structure que ***, à l'époque c'était une maison de retraite dans le Finistère. Après je suis arrivée ici à *** le 13 octobre 1997 où j'ai fait du long séjour, de la médecine et encore après du long séjour. A une époque, j'ai même fait du jour et de la nuit en même temps quand j'étais jeune diplômée.

ESI: Tu sais que mon sujet c'est par rapport à l'attachement auprès des personnes âgées et l'impact que cela peut avoir sur leur prise en soin, du coup je vais te poser quelques questions par rapport à ça. Est-ce que c'est un choix pour toi de travailler auprès des personnes âgées ?

IDE: Quand j'étais à l'école, l'EHPAD ou la gériatrie n'était pas mon truc et puis pour rien au monde maintenant j'en changerai. Pour qui, pourquoi... En gériatrie on les prend dans leur globalité, que quand ils sont hospitalisés en cardio on va s'occuper du cœur mais on ne va pas penser aux répercussions et on ne va pas voir les répercussions que peut avoir un alitement prolongé ou tel ou tel mise en place de thérapeutiques. Que nous en gériatrie ou en EHPAD, on est obligé car on se dit tel médicament va avoir des impacts. Par exemple, la mise en place du lasilix nous ça va impliquer plus de surveillance au niveau des changes, donc une réorganisation de tous les soins de l'aide soignante, la protection cutanée enfin plein de choses. Un impact aussi sur leur mobilité parce que du coup ils ne voudront peut-être plus bouger de leur chambre par peur de s'uriner dessus. Y a plein de choses, on les prend plus dans leur globalité quand on est en gériatrie que quand on est en service spécifique j'ai envie de dire.

ESI: Oui c'est vrai et puis tu les connais plus.

IDE: On les connaît plus, on connaît leur famille aussi parce que souvent les familles viennent nous dire des choses. Quelquefois pour certains on est leur famille parce qu'ils n'ont quasiment jamais de visite donc quand ils ont des petits moments où ça ne va pas, ils vont voir leurs infirmières, leurs aides-soignantes et voilà.

ESI: Que représente pour toi le vieillissement?

IDE: Le vieillissement.... alors.... vieillir c'est une diminution progressive de ses capacités physiques, diminution des capacités psychologiques j'ai envie de te dire mais je crois que le plus dur ça doit être les capacités physiques enfin voir qu'on a une diminution... qu'on ne peut plus faire certaines choses qu'on faisait quand on avait 20, 30, 40, 70 même pour certains parce que nous on a des patients qui sont beaucoup plus âgés que ça.

ESI: Est-ce que tu penses que la personnalité évolue avec le vieillissement?

IDE: (réflexion) Ouais je pense quand même, des gens qui sont faciles à vivre tout le temps ils acceptent peut-être plus certaines choses que des gens qui ont toujours eu un fort caractère qui ont toujours commandé, et le fait de devenir dépendant ils le prennent très mal ou du moins ils l'acceptent moins bien et ils le font ressentir aux soignants, donc on est obligé d'arrondir les angles, on essaye de les appréhender au mieux dans le sens où on les met moins en difficulté. (réflexion)

ESI : Pour moins qu'ils ressentent leur diminution ?

IDE: Oui voilà qu'ils ressentent moins qu'ils deviennent dépendants et oui leur diminution tout à fait. Notre but ce n'est pas de les enfoncer, c'est de les tirer vers le haut et de leur maintenir au maximum leurs capacités et de maintenir un minimum d'autonomie ou en tout cas ce qu'ils peuvent conserver.

ESI: À quoi l'être humain doit-il faire face quand il vieillit?

IDE: Déjà la perte de ses capacités propre à soi, de voir que son époux, son épouse diminue, parfois on perd son époux ou son épouse et ça c'est compliqué parce que le deuil et la fin de la vie à deux c'est très compliqué car on se projette toujours à dire on fera ça plus tard on fera ça plus tard et on a pas le temps parce que malheureusement la maladie ou autre chose évolue. De voir que pour certains, ils ont élevé leurs enfants, ils ont pris soin de leurs enfants et que leurs enfants ne sont pas forcément toujours présents pour eux, ça c'est compliqué pour eux.

ESI: Ouais, ça doit être dur à vivre.

IDE: Que leurs petits-enfants dont ils se sont occupés ne sont pas forcément là présents pour eux. Certains nous disent ils étaient bien contents de me trouver et maintenant quand j'aimerais bien qu'ils viennent et bah ils ne sont pas là.

ESI: Y a pas de retour ...

IDE: Ouais y a pas de retour voilà.

ESI: Quels sont les particularités et les essentiels de la prise en soin dans un lieu de vie?

IDE: Alors... Le lieu de vie idéal ça serait un lieu de vie où on respecte les habitudes et les horaires de chacun des patients sauf que malheureusement en institution c'est compliqué.

ESI: C'est vrai.

IDE: C'est la contrainte des horaires liés aux charges de travail.

ESI: Donc pour toi l'essentiel ça serait de respecter le rythme de chacun.

IDE: Ouais, si on pouvait respecter le rythme de chacun ça serait l'idéal. Respecter son rythme, ses besoins, non pas faire à la place mais l'accompagner pour faire.

ESI: Mais ça c'est pas beaucoup fait.

IDE: Mais c'est pas qu'on veuille pas, c'est lié à l'infrastructure.

ESI: Oui c'est ça.

IDE: C'est lié à l'institution qui fait qu'il faut qu'on fasse ces choses-là en ce laps de temps là. L'idéal ça serait que si t'as envie de prendre ta douche le soir avant de te coucher, si on pouvait mais quand il y a plus que 2 aides-soignantes à partir de 19h, qu'il faut coucher tout le monde, réinstaller et donner des médicaments, tout ça s'est compliqué.

ESI: Oui, il y a un travail à faire là-dessus et sur les horaires aussi des aides-soignantes pour répartir les charges de travail, un peu comme au Canada. Après dans certains EHPAD, ils essayent déjà de travailler sur ça, ça se développe un peu mais le manque de personnel fait que.

IDE: C'est vraiment lié à l'institution, on a pas le choix il faut qu'on fasse des choses dans notre temps imparti et on a plus le temps de respecter leur rythme et quelques fois se poser 5 minutes avec eux c'est meilleur que de leur donner un médicament mais on a pas le temps.

ESI: Quelles qualités pour toi sont nécessaires pour travailler auprès des personnes en lieu de vie?

IDE: Déjà faut avoir envie d'être là ! Faut de la motivation, faut être dans le bien-être, dans la bienveillance, le prendre soin, faut de la patience un peu quand même, faut de la douceur; de la maîtrise de soi parce que certaines fois c'est pas facile, il faut de l'organisation parce que tous les jours c'est pas pareil mais c'est normal.

ESI: C'est jamais la routine.

IDE: Non c'est pas de la routine, et aussi une capacité à se réorganiser à la minute en fonction des situations. Une capacité d'adaptabilité et beaucoup de flexibilité.

ESI: Comment vis-tu la relation de soin avec la personne âgée?

IDE: En règle générale?

ESI: Ouais en règle générale.

IDE: Je me dis qu'on sera tous âgés un jour, et j'aimerais bien qu'on prenne soin de moi comme je prends soin d'eux, voilà c'est ma façon de voir. Après on a plus ou moins d'accroche avec certaines personnes âgées. Je me dis qu'un jour on vieillira et qu'on aura tous peut être besoin d'aide et que j'ai plus que mon papa mais si un jour il a besoin d'entrer en structure, j'aimerais bien que les gens soient avec mon papa comme je le suis avec mes patients. C'est pas bien mais c'est ma façon d'être, c'est ma façon de faire.

ESI: T'essayes de te projeter un peu.

IDE: Oui je me projette, est-ce que je voudrai qu'on fasse ça à telle vitesse, est-ce que je voudrais qu'on fasse telle chose comme ça.

ESI: En quoi la prise en soin auprès de la personne âgée est-elle spécifique?

IDE: Quand on prend une personne âgée en soin, on ne prend pas qu'elle, on prend toute son histoire de vie, on prend sa famille, toute l'histoire de vie qui va avec parce que quelquefois c'est compliqué

et ouais toutes ses petites misères, on la prend dans sa globalité avec ses jours avec et ses jours sans, avec ses douleurs, ses t'as mal où.

ESI: Tu la prends au jour le jour...

IDE: Oui tu la prends au jour le jour et c'est aussi elle a quand même toute son histoire et faut tenir en compte de plein de choses, de ses antécédents... comme quelqu'un d'autre mais des choses plus spécifiques je pense.

ESI: Surtout sur son histoire de vie

IDE: Sur son passé, son parcours.. Faut faire attention.

ESI: Quels sont les comportements à mettre en avant dans une relation de soin auprès de la personne âgée? Les approches que tu dois utiliser pour la prendre en soin...

IDE: Plus particulièrement ou ...

ESI: Ouais plus particulièrement à la personne âgée.

IDE: Déjà être à son écoute, adapter notre vocabulaire au sien, car y a des mots des fois... Quelquefois les médecins utilisent des mots compliqués et la personne ne va pas comprendre donc on va essayer de mettre ça avec des mots plus faciles pour eux à comprendre. Se mettre à sa hauteur, savoir se poser avec elle pour qu'elle puisse nous poser ses questions, ou qu'elle nous raconte ses petites misères.

ESI: Ouais prendre du temps avec eux...

IDE: Oui il faut prendre du temps avec eux et des fois faut le reconnaître on a pas le temps mais dire on repasse dans 5-10 minutes parce qu'on a autre chose à faire. C'est plus prendre du temps.... ils ont peut-être besoin de plus de temps pour être rassuré parce que quand il rentre en institution, c'est pas un choix de leur part en règle générale....

ESI: Et ils se sentent pas forcément comme chez eux même si on leur dit que c'est chez eux.... Ils le perçoivent pas forcément comme ça...

IDE: Effectivement, une chambre d'EHPAD à deux...

ESI: Même si on essaye de mettre un peu leur univers, des petites photos.

IDE: Oui même si on personnalise un peu

ESI: Alors du coup on va rentrer dans le vif du sujet... L'attachement...Quels sont les enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie pour le soignant?

IDE: Pour moi c'est déjà d'essayer de leur apporter une fin de vie le plus confortable possible. Apporter le plus d'attention possible par notre présence, par nos gestes de la vie quotidienne, c'est quelquefois juste un petit coucou par la porte....

ESI: Oui et ça leur fait plaisir...

IDE: Voilà leur apporter le plus d'attention possible, une petite main sur la main ou une main sur l'épaule.... maintenant les bisous on a plus le droit mais quelquefois certains ça leur remontait le moral... des petits gestes au quotidien, des bonjours, des ça va...

ESI: Même un regard des fois peut-être...

IDE: Oui voilà... un petit sourire... maintenant caché derrière nos masques... nos yeux parlent un petit peu quand même mais moins que les sourires.

ESI: Et du coup les enjeux pour la personne âgée tu me l'as un peu dit aussi là.

IDE: C'est qu'ils se sentent le mieux possibles en tout cas, dans la structure moi je pense et puis que du coup qu'ils puissent dire à leurs enfants je me sens bien là et vous m'avez entre guillemets imposé parce que souvent l'institutionnalisation est quand même imposé mais ça va je suis pas malheureux, il y a des gens qui sont gentils qui s'occupent de moi, vous pouvez être tranquille.

ESI: Ils essayent de rassurer leurs enfants...

IDE: Voilà ils essayent de rassurer leur famille, de dire moi je suis bien ici, le personnel est gentil... voilà...

ESI: Est-ce que tu as déjà ressenti de l'attachement auprès d'un ou plusieurs patients que tu prenais en soin?

IDE: Ohhh oui ! C'est pas bien mais y a des gens à qui... on accroche plus qu'avec d'autres et c'est compliqué.

ESI: Et est-ce que par rapport... parce que du coup toi t'as travaillé qu'en lieu de vie mais est-ce que par rapport aux stages que t'as pu faire dans tes études est-ce que t'avais ressenti de l'attachement auprès des patients qu'étaient dans des séjours de courtes durées

IDE: Peut-être en pédiatrie, mes petits patients de pédiatrie....

ESI: Mais en médecine ou en chir?

IDE: Ah bah non ! Non tu t'inté..... fin entre guillemet tu t'intéresses pas fin c'est pas bien ce que je vais dire mais tu ne t'intéresses pas à eux de la même façon parce qu'ils font des passages furtifs... que là on va les accompagner jusqu'à la fin de la fin quand même... parce qu'en règle générale ils nous disent bien que c'est leur dernière maison avant de partir.... Ils savent quand ils sont encore en capacité de nous le verbaliser, ils savent que c'est leur dernière maison avant de partir...

ESI: Et est-ce que t'as un exemple de situation vécue d'attachement ?

IDE: Ouais... Après c'est un patient qui est parti de mon service, qui est parti en USLD mais que je continuais à voir régulièrement et je suis allée le voir avant qu'il s'en aille... Si je te parle de *** tu vas savoir de qui je parle...

ESI: Oui.

IDE: En plus, c'est une situation assez particulière pour moi parce que moi j'ai eu un fils handicapé.... Et ce patient je le connaissais depuis 2002 ... et quand il est rentré en médecine... non 2001... et quand il est rentré, il est rentré en hébergement temporaire au début parce que sa maman avait des problèmes de santé donc moi je m'en suis occupé en médecine et... Il était jeune à l'époque il avait une quarantaine d'années... ouais c'est ça 45 ou un truc comme ça.... Son handicap m'envoyait....

ESI: Ça te faisait une projection...

IDE: Ouais après moi ça me faisait une projection sur mon fils et tout de suite j'ai eu une connexion avec lui comme lui a eu avec moi... Alors pour qui, pourquoi il a compris, il était capable par ses yeux de me faire comprendre plusieurs choses et quand ça allait pas, des fois il tape... avec certaines filles ça passait pas et quand ça passait pas ça passait pas... mais moi *** bah voilà, ce patient-là y a des fois on était pas toujours d'accord non plus, je savais lui dire parce qu'il avait son petit caractère quand même... même s'il pouvait pas s'exprimer par la parole, il se faisait comprendre par les yeux par sa façon d'être, quand il avait envie de quelque chose on comprenait... ouais.. pour manger avec certaines filles c'était la comédie, moi jamais... Et du coup il y a eu une relation de confiance qui s'est créée et avec ses soeurs et son frère... et après quand il a dû changer de service, j'ai quand même garder des contacts avec lui parce que j'allais le voir régulièrement et lui comme il a eu un fauteuil roulant électrique, il venait nous voir de temps en temps donc et bah *** il venait nous embêter (rires) entre guillemet, il venait voir qui était là, il venait nous éteindre les lumières dans les couloirs (rires), nous coller des poissons d'avril dans le dos les 1ers avril... et puis bah quand lui aussi malheureusement sa soeur n'a plus été de ce monde, il y avait des fois on voyait que ça n'allait pas donc on allait... rien que de lui tenir la main, de lui parler un petit peu et bah quelques fois tu sentais que ça allait mieux... Parce qu'il a perdu sa mère, son beau-frère, sa sœur, il n'a pas eu une vie super... mais il revenait nous voir et puis il avait sa petite vie on connaissait les différentes étapes, on savait les mariages, les baptêmes, les communions, les naissances, tout... il était capable, il nous faisait comprendre que regarde sur la table, regarde sur mon mur y' a le faire-part de naissance, le faire part de baptême, la photo de mon petit-neveu... voilà. Et puis quand il est parti, je suis allé le voir 2-3 jours avant parce que je savais que ça allait arriver un jour ou l'autre et puis je lui ai pris la main, il a pleuré et j'ai pleuré et puis voilà... et puis quand il est parti je suis parti le voir au funé, je suis allé à ses obsèques... voilà... J'ai eu d'autres familles où bah j'étais très attachée à la mamie et puis quand ils sont partis j'étais là et les familles m'ont serrés dans leur bras et on a pleuré tous ensemble. Garder une distance c'est compliqué, c'est compliqué...

ESI: Surtout quand tu connais je pense les patients comme ça depuis des années.

IDE: Voilà ou même pas forcément mais les mamies ou les papys agréables, la famille s'est bien passé avec parce que, pour qui pourquoi j'en sais rien.. toute façon quand je me présente je me présente jamais comme l'infirmière, je dis toujours je suis Anne-Marie une des infirmières, j'aime pas quand les familles m'appellent madame je dis toujours mon prénom parce que je trouve que madame dans un lieu de vie c'est impersonnel, on est là pour les accompagner jusqu'au bout donc voilà leur apporter le maximum de ce qu'on peut donc c'est peut-être... je me dis que mettre une barrière c'est compliqué

ESI: C'est vrai...

IDE: C'est pas... Est-ce que c'est professionnel de pleurer avec des familles?

ESI: C'est l'objet de mon sujet, j'essaye de savoir...

IDE: ... C'est compliqué... je ne sais pas mais je pense pas être plus mauvaise soignante pour autant. Mais pour certaines, elles arrivent à se détacher plus que d'autres, pour moi c'est compliqué. Quand je sais que quelqu'un va partir et que c'est presque pour moi l'heure de quitter mon service, si je peux être là jusqu'à la fin bah je reste... Je repense à une autre dame, l'aide-soignante m'appelle... bah là on avait deux dames qui n'allaient pas bien le même soir dans le service, on savait que ça allait arriver pour une mais ça s'est dégradé très très rapidement et du coup m'a collègue me dit Anne-Marie viens vite viens vite, je dis ouais et elle me dit ohh... je dis oui laisse moi le temps et je dis madame je vais appeler votre fille attendez attendez elle arrive... Je vais l'appeler pour lui dire que voilà sa mère n'allait vraiment pas bien et le temps qu'elle arrive bah la dame elle était partie avec l'aide soignante et moi mais c'est pareil....

ESI: Tu l'as accompagné...

IDE: Avec l'aide-soignante on l'a accompagné mais on été toutes les deux touchées... c'est pareil, l'aide-soignante elle était comme moi, on peut pas rester insensible... c'était une petite mamie qui faisait pas de bruit, elle était toute mimi, une famille adorable.. on a pleuré...

ESI: Donc tu ne peux pas rester de marbre comme ça?

IDE: Non non tu peux pas dire... non tu peux pas enfin je peux pas... non non l'aide-soignante et moi on était en pleure, la fille est arrivée, on l'a accompagné on est resté un peu avec elle, elle nous a dit merci, on lui a dit on était avec votre maman quand elle a rendu son dernier souffle, on lui dit que vous arriviez que vous étiez sur la route,. C'est tout bête mais... est-ce que ça nous rassure nous, est-ce que ça rassure la famille? Je ne sais pas.

ESI: Oui ça déculpabilise peut-être la fille...

IDE: Oui, dans le sens maman n'était pas toute seule quand elle est partie oui. Parce qu'on est resté avec elle jusque... on avait fini notre service donc on est parti il était bien 22h-22h15, le temps qu'il arrive, de les accompagner voilà...

ESI: En quoi la prise en soin dans un lieu de vie nous expose-t-elle plus à l'attachement?

IDE: Un lieu de vie, c'est là où ils vont finir leur vie nos patients du coup on est... enfin on connaît tellement bien leurs habitudes de vie, on les connaît tellement bien que quand on voit quelque chose qui va pas, on est capable de dire on le sent pas. Quelquefois on dit au médecin.. moi je me vois dire à des médecins qu'il y a un truc qui va pas, je suis pas capable de dire ce qui ne va pas mais je le sens pas..

ESI: C'est pas comme d'habitude...

IDE: Voilà c'est pas comme d'habitude, y a un truc.

ESI: Quel genre d'incidence peut avoir l'attachement sur la personne âgée et sur le soignant?

IDE: Sur la personne âgée bah y a des fois il ne voit que par le soignant avec qui ils s'entendent entre guillemet le mieux... fin entre guillemets parce qu'on est une équipe et toute l'équipe à sa place et à sa part dans cette prise en soin mais y a des fois c'est compliqué.

ESI: Ouais ils aimeraient bien choisir des fois qui font leur toilette....

IDE: Bah voilà, il préfère il y a des fois ils aimeraient que ça soit plus que ça soit une aide-soignante qu'un aide-soignant mais on respecte. Et souvent aussi des fois les familles elles ne voient que par le soignant-là, c'est pas facile... Est-ce qu'ils se sentent plus rassurés, c'est plus facile? Je ne sais pas.

ESI: Peut-être parce qu'ils connaissent une tête du coup ils veulent se...

IDE: Voilà du coup il se raccroche à ça.

ESI: Oui et puis ils se disent peut-être avec telle ou telle infirmière maman va bien être soigné, c'est peut-être une façon de se rassurer pour eux...

IDE: S'est tout à fait une façon de se rassurer pour eux mais pour nous c'est pas facile, pour le soignant qui se trouve dans cette situation c'est pas évident parce que quelquefois les autres ils se disent bah ouais mais avec toi il va dire des trucs ou des choses et avec nous la famille elle va plus dire des choses... Voilà...

ESI: Que penses-tu de la distance entre le soignant et la personne soignée?

IDE: Alors en règle générale il faudrait la garder mais on peut pas rester insensible aux patients qu'on soigne... Oui il faut garder une bonne distance ça s'est sûr c'est ce qu'on nous apprend, avoir de l'empathie et savoir rester à notre place.

ESI: Mais entre la théorie et la pratique...

IDE: Oui et puis quelquefois on se retrouve dans une situation miroir donc c'est pas... quand tu te retrouves dans une situation miroir tu te dis bah la soignante qui s'est occupée de telle personne dans ma famille, elle avait été comme ça alors je vais éviter d'être comme ça, voilà

ESI: Qu'évoque pour toi la notion de juste distance professionnelle justement.

IDE: C'est une belle théorie, c'est vrai parce qu'on devrait traiter tous nos patients sur le même pied d'égalité quelque soit leur sexe, leur âge, leur religion, leur antécédent, leur tout ce que tu veux mais c'est quand même... en EHPAD c'est compliqué... dans un service autrement non.

ESI: En EHPAD c'est pas pareil.

IDE: Oui en EHPAD c'est pas pareil, c'est pas bien ce que je dis mais en EHPAD c'est pas pareil, on peut pas.

ESI: Et pour toi la juste distance professionnelle du coup ça serait quoi? Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour être vraiment ...

IDE: (rires) Ne pas s'attacher à nos résidents, rester vraiment très professionnel et ne pas s'attacher... c'est compliqué... ouais ne pas avoir d'affect par rapport à nos patients, parce que quelque part on se dit ça pourrait être notre grand-père, notre grand-mère, notre oncle, notre tante, nos parents donc ouais compliqué...

ESI: Donc faudrait éviter les affects.

IDE: Ouais je pense que ça serait ça, se mettre sous cloche nous soignant.

ESI: Te mettre une armure.

IDE: Ouais se blinder, ne pas se mettre à la place du patient mais c'est compliqué.

ESI: Ahhh oui... Est-ce que c'est un enjeu dans la prise en soin de la personne âgée d'avoir cette juste distance professionnelle?

IDE: Ca peut, après quand on est trop dans l'affect quelquefois on peut être mauvais enfin on ne voit pas les choses comme les autres.

ESI: Ouais t'es peut-être moins objective ?

IDE: Moins objective ou plus sensible à certaines situations et du coup tu deviens plus irascible avec certains comportements de tes collègues. J'ai quelques souvenirs où je me suis un petit peu pris la tête et là j'ai dit je me remets en question mais c'est compliqué. Je me suis remise en question mais je leur est quand même dit imaginait vous ce que lui peut ressentir, quelquefois être trop distant c'est pas mieux non plus, être froid. Tu ne peux pas ne pas t'intéresser à ton patient et du coup aussi à sa famille. Quand ils ont des problèmes on le voit bien déjà, on voit bien sur la tête des gens qui viennent rendent visite, quand on connaît bien les familles... oh bah ça n'a pas l'air d'aller aujourd'hui et puis c'est là que quelquefois ils disent non si ça, ça... voilà... mais ils te disent surtout vous ne dites pas à maman et je dis ça se voit sur votre tête que ça va pas ... bah alors vous lui dites que je suis fatigué. On peut se retrouver à être le confident de la famille.

ESI: Ouais sur un lieu de vie, tu vois les familles, ils te connaissent.

IDE: Oui et c'est pour ça c'est pas toujours un avantage de travailler dans l'hôpital de la ville où tu habites.

ESI: Oui c'est vrai. Est-ce que tu arrives à toujours instaurer cette juste distance professionnelle avec des patients? Tu m'en as déjà parlé un peu du coup.

IDE: C'est compliqué, avec certains plus que d'autres.

ESI: Avec certains plus que d'autres ouais?

IDE: Ouais avec certains plus que d'autres... ça dépend des accroches qu'on a, c'est tout bête mais c'est compliqué. Et puis quelquefois on connaît les familles.

ESI: Et puis comme tu travailles dans la commune où tu vis, c'est peut-être des gens que tu connaissais d'avant.

IDE: Bah voilà, là par exemple dans mon service j'ai mon ancienne voisine comment tu fais? Elle m'appelle par mon prénom mais moi aussi mais je lui dis son prénom et je la vouvoie car c'était déjà le cas avant mais c'est pas facile.

ESI: J'avoue que de prendre en soin quelqu'un que tu connais vraiment...

IDE: Par contre j'avais dit que je ne voulais pas faire son accueil et que je ne voulais pas être son référent... c'est compliqué mais bon mettre la juste distance c'est compliqué enfin tu peux pas rester indifférent je pense pas ou alors on a pas fait ou on doit pas être fait pour faire ce métier-là même si faut savoir mettre...

ESI: A quelles émotions peuvent être confrontés les soignants?

IDE: Oulala... Quand il y a de la joie chez le patient, on est content pour lui, quand y a de la peine on est triste pour lui. On a les.. j'ai envie de te dire qu'on arrive à avoir les sentiments que eux aussi peuvent sentir. Quand ils sont contents, quand ils sont fiers parce que je sais pas moi son petit-fils a eu son bac ou n'importe tu te dis on est content. Oui, la joie, la peine, les sentiments qu'ils peuvent avoir aussi. Quand ils perdent des copains bah c'est dur pour eux.

ESI: Tu vas ressentir un peu les mêmes émotions que eux ils peuvent ressentir du coup?

IDE: Les mêmes émotions qu'eux ouais voilà on ressent un peu les mêmes émotions qu'eux.

ESI: Et quels moyens/stratégies utilises-tu pour gérer les émotions issues de cette relation de soin?

IDE: Alors j'essaye quand même de laisser ça au boulot, il faut pas que ça me.... Mes patients restent mes patients au boulot et après être arrivé à la maison mise à part un gros gros problème, ça reste au boulot. Une fois que j'ai enlevé ma blouse et qu'elle est mise dans le bac sale, je redeviens Anne-Marie et non plus Anne-Marie l'infirmière. Faut savoir laisser aux vestiaires certaines choses.

ESI: T'arrives à couper vie pro et vie privée.

IDE: Ouais voilà, et en général si je retrouve des familles en ville je leur dis là je suis en civil je suis pas infirmière.

ESI: Et au début aussi, au début de ta carrière tu arrivais aussi à rentrer chez toi et à ne pas penser à tout ce qui c'était passé dans ta journée?

IDE: Ouais peut-être plus facilement qu'en vieillissant, parce que tu vois en étant jeune j'étais moins... ça me turlupinait moins que maintenant. Voilà...

ESI: Merci à toi pour cet entretien tu as répondu à toutes mes questions.

ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

ESI: Est-ce que tu pourrais me présenter ton parcours professionnel en quelques mots?

IDE: En quelques mots mon parcours professionnel, du coup l'école d'infirmière c'était quelque chose que j'ai toujours voulu faire, pour qui, pourquoi je pourrai pas t'expliquer après je pense que c'est le lien à l'autre, parce que dans mon entourage y en avait pas et ouais peut être le besoin d'être utile je pense que c'est ça qui m'a emmené et puis qui après a été conforté par toutes les expériences que j'ai pu avoir de part ma profession et qui me conforte encore aujourd'hui.

ESI: Et du coup tu as travaillé dans quoi, tu as commencé par quel service?

IDE: J'ai commencé à l'Hôtel Dieu à Rennes, qui existait encore mais en chirurgie orthopédique

ESI: Ah oui c'était pas de l'EHPAD encore.

IDE: (Rires) Non c'était de la chirurgie orthopédique septique.

ESI: Ok.

IDE: Les plaies infectées et donc c'était des patients qui restaient très longtemps, beaucoup d'accidents de motos, beaucoup d'accidents... C'était ouais... des jeunes, surtout des jeunes.

ESI: Ok, et après t'as rapidement fait des longs séjours ou tu es quand même resté....

IDE: Non non, j'ai fait 2 ans après à Ploërmel en.. bah là par contre sur le pool. Après j'ai fait de la chirurgie ORL à visée cancéro. Trachéotomie, laryngectomie en fait des personnes qui avait des néo bucco enfin ce genre de chose. Et après j'ai travaillé 10 ans de nuit en médecine polyvalente, médecine gériatrique et médecine cardio avant d'arriver sur l'USLD auprès des personnes âgées.

ESI: Donc c'est ton 1er lieu de vie en fait.

IDE: Oui, ouais.

ESI: Alors du coup tu sais que mon sujet c'est l'attachement auprès des personnes âgées. Est-ce que pour toi c'est un choix de travailler auprès des personnes âgées?

IDE: Alors c'est un choix qui s'est imposé à moi, c'est pas un choix en fait c'est personnellement j'ai eu le besoin de revenir sur la région et du coup ça a été l'hôpital de *** qui m'a ouvert les portes et c'est pas un choix qui s'est fait personnellement mais finalement c'est un choix qui me correspond enfin c'est un service qui me correspond complètement et les personnes âgées bah même si j'ai pas travaillé dans des lieux de vie auparavant, c'est des personnes, c'est des patients qu'on rencontrait régulièrement dans les services comme je le disais tout à l'heure et c'est peut-être avec eux que j'avais le plus de

ESI: De relation fin.....

IDE: Ouais de relation, de comment dire de.. ouais où la relation était plus facile et les échanges étaient plus faciles, enfin moins de barrière peut-être plutôt qu'avec des personnes d'un âge différent.

ESI: Ouais je comprends. Est-ce que tu peux me dire pour toi qu'est-ce que ça représente le vieillissement?

IDE: Le vieillissement, ah bah le vieillissement si on le regarde par rapport à l'USLD, alors on va regarder le côté positif du vieillissement. Le vieillissement c'est l'expérience, le vieillissement c'est des choses qu'on a vécu, des choses qu'on peut transmettre, c'est parfois une certaine ouais une certaine sagesse, une certaine façon d'analyser les choses. Et d'un autre côté le vieillissement, bah le côté un petit plus négatif qui fait que nous on intervient aussi c'est bah c'est la perte des proches, la dépendance, la perte d'autonomie, la perte aussi au niveau mnésique fin c'est les pertes ouais c'est différentes pertes également le vieillissement tant sur le plan social que sur le plan physique que sur le plan familial et pour moi ça lie tout ça.

ESI: Penses-tu que la personnalité évolue avec le vieillissement?

IDE: Oui.

ESI: Pourquoi ?

IDE: Je pense ouais que la personnalité évolue parce que je te disais tout à l'heure de part ses expériences de part les choses qu'on vit, les douleurs de la vie, les bonheurs de la vie qui fait que notre, que nos caractères peuvent changer, notre façon de voir les choses peuvent changer et ce qu'on peut percevoir à 20 ans on le percevra pas de la même façon à 80 ans.

ESI: Oui.

IDE: Donc pour moi oui. Il reste toujours un trait de caractère qui nous caractérise, oui, qui fait qui on ai mais soit il se lisse soit il... des fois il se potentialise aussi.. ça peut être les deux.

ESI: A quoi l'être humain doit-il faire face quand il vieillit ? Bon après tu m'en a un peu parlé du coup avec les pertes et tout...

IDE: Bah pour moi c'est les pertes, c'est la dépendance, c'est... ils doivent faire face à tout ça et puis les pertes des proches... ouais ils doivent faire face à tout ça en fait.

ESI: Et c'est déjà pas mal. Quels sont les particularités et les essentiels de la prise en soin dans un lieu de vie?

IDE: Alors lieu de vie... ça dépend des lieux de vie, moi je vais parler du lieu de vie dans lequel je travaille donc lieu de vie qui est l'USLD et les essentiels bah y a le côté comment dire... y a l'accompagnement, le relationnel, l'accompagnement fin la présence au quotidien et y a aussi tout le côté médical qui correspond à notre formation... En fait, tout ce qui correspond à notre rôle propre et ce qui est notre rôle sur prescription, en fait je distinguerai un petit peu les deux. Sur un lieu de vie y a tout ce qui va avoir les prescriptions qu'on va mettre en place et après y a tout ce qui concerne l'écoute active et la présence.

ESI: Ouais, tout ce qui vient de toi en fait ? Tout ce que tu peux apporter aux patients ?

IDE: C'est ça, ouais.

ESI: Donc ça serai les essentiels ça ?

IDE: Oui.

ESI: Et pour toi quelles seraient les qualités nécessaires pour travailler auprès des personnes âgées dans un lieu de vie ?

IDE: Bah je pense que faut des qualités humaines, je pense que travailler auprès des personnes âgées, pour travailler dans un lieu de vie, tu peux très bien avoir toutes les compétences théoriques mais les compétences essentielles pour moi c'est quand même l'humain, le relationnel, savoir écouter, savoir être présent et je pense que c'est l'essentiel. On peut pas faire que de la pratique, on peut pas faire que de la théorie, pas dans les lieux de vie, dans peu d'endroit pour moi mais encore moins dans des lieux de vie.

ESI: Ouais pouvoir prendre le temps auprès d'eux et tout.

IDE: Oui parce que justement c'est un lieu de vie et pour beaucoup d'entre eux on est les seuls finalement ou alors les familles font que passer, c'est pas leur maison où ils reçoivent, ouais, c'est.. on est ouais une présence essentielle fin pas essentielle mais peut être la présence unique sur une journée donc...

ESI: On est un peu leur pilier fin par leur pilier peut-être pas mais leurs... fin c'est à nous qu'ils se fient.

IDE: Oui c'est à nous qu'ils se fient et oui qu'ils se fient et en même temps qu'ils confient finalement leur vie un petit peu parce que c'est vrai que... et les familles font la même chose, ils confient leur proche finalement au lieu de vie parce que le lieu fin la résidence habituelle c'est plus possible, parce que le maintien à domicile ne l'ai plus, parce que les pathologies évoluent et que c'est une mise en danger et donc les familles nous les confient pour qu'on prennent soin d'eux et il y a toute cette attente là humaine à côté.

ESI: Ouais c'est vrai que ça soit pour les familles ou les patients en fin de compte y' a pas mal d'attente auprès des soignants.

IDE: Oui et puis y a beaucoup d'angoisse.. beaucoup d'angoisse et beaucoup de culpabilité et c'est vrai que si en face ils ne retrouvent pas d'humain, si ils ne retrouvent pas quelqu'un qui.. où ils vont avoir confiance, où ils vont se dire... fin une équipe quand je dis quelqu'un c'est une équipe... qui vont se dire que bah ils vont pas être en confiance ou ils vont culpabiliser d'autant plus de laisser leur proche, parce que leur proche peut envoyer la culpabilité en plus aux familles et si en plus quand ils

partent et qu'ils tournent le dos et qu'ils sont pas en confiance fin c'est quelque chose d'encore plus dur à vivre.

ESI: Ouais c'est vrai que ça doit pas être facile. Comment vis-tu la relation de soin avec la personne âgée?

IDE: Comment je la vis...comme un échange (rires) je crois qu'on revient toujours à la même chose en fait, comme un échange, une relation de soin c'est basé sur la confiance toujours, c'est basé sur l'écoute, c'est basé sur les explications, on vient pas faire un soin que ce soit un soin de nursing comme un soin technique, sans l'expliquer sans prendre le temps même si dès fois c'est un petit peu la course et que du coup tu prends un peu moins de temps pour expliquer ou quoique ce soit mais ça peut pas être dissocié.

ESI: Ouais tu peux pas faire tes soins à la chaîne sans parler aux patients.

IDE: Non, tu peux fin... et d'autant plus dans un lieu de vie où ils ont besoin justement qu'on prenne le temps pour eux et qu'on diminue la charge émotionnelle qu'ils ont aussi, l'angoisse ou ce genre de chose.

ESI: Oui c'est clair... En quoi une prise en soin auprès de la personne âgée est-elle spécifique selon toi?

IDE: En quoi elle est spécifique.... parce que bah parce que y a peut être cette... bah elle est spécifique parce qu'ils sont peut être un peu plus vulnérables, qu'ils sont plus vulnérables et parfois ils sont vulnérables et moins... ils vont peut être moins s'opposer et du coup subir les choses donc du coup elle est spécifique parce qu'on peut pas faire des soins comme on fait à quelqu'un d'une vingtaine d'année comme à une personne âgée parce qu'ils ont aussi leur expérience, parce qu'on peut pas non plus les tromper d'une certaine façon.

ESI: Ouais donc tu dois t'adapter en fait à chacun d'eux à leur vécu en fin de compte.

IDE: Oui, oui.

ESI: Quels sont les comportements à mettre en avant dans une relation de soin auprès de la personne âgée?

IDE: Les comportements tu veux dire au niveau du soignant?

ESI: Ouais, au niveau du soignant, les approches que tu dois avoir avec la personne âgée.

IDE: Ça revient toujours à prendre le temps.. peut-être plus de délicatesse fin ça revient un peu à la même chose avec d'autres catégories d'âges, c'est prendre le temps, c'est aussi expliquer les choses, c'est peut-être diminuer la charge émotionnelle... l'angoisse, c'est toujours un petit peu plus délicat parce que ça peut-être des soins qui correspond aussi à une perte d'autonomie à une perte fin à une dégradation un petit peu au niveau du corps, au niveau de son autonomie et donc du coup au niveau de l'estime de soi

ESI: Ouais ça peut-être difficile à vivre pour certains....

IDE: Ouais ça peut-être difficile à vivre et du coup c'est pas momentané comme quelqu'un qui se fait opérer d'une prothèse de hanche qui a momentanément perdu en autonomie mais là c'est une dépendance qui est, qui est.....

ESI: Qui est irréversible quoi ?

IDE: Voilà c'est ça. Donc, il faut faire attention parce que c'est, ça peut-être d'autant plus mal vécu par le patient, humiliant et encore plus dévalorisant donc le soin faut le préparer, faut le préparer, faut rentrer en douceur dans le soin pour qu'il soit le moins ouais le moins comment dire le... je dirai que le soin soit le moins difficile le moins...

ESI: Pour qu'il le prenne le mieux possible en fait ? Qu'ils le vivent le mieux possible ?

IDE: C'est ça, ouais.

ESI: Je vois ce que tu veux dire... Du coup on va rentrer dans le vif du sujet par rapport à mon sujet qui est l'attachement... Quels sont les enjeux dans la prise en soin dans un lieu de vie pour le soignant ?

IDE: Les enjeux dans un lieu de vie pour les soignants.. les enjeux bah c'est... je pense fin je vais rejoindre ton intitulé parce que je pense que les enjeux ils soient quand même qu'il y est... on va partir de l'attachement parce que pour moi je pense que pour que le soin soit bien réalisable l'enjeu

c'est quand même qu'il y est une confiance en fait qui s'installe et une confiance va permettre la réalisation des soins avec l'accord du patient et une certaine façon fin ça va être un repérage du patient par rapport au soignant va y avoir finalement un attachement involontaire qui va se créer par le biais de cette confiance en fait. Si une confiance s'installe ou s'instaure ça veut dire qu'il va être plus à même à accepter certains soins fin et l'attachement se met en place en fait finalement même involontairement.

ESI: Donc pour créer cette confiance du coup t'instaure un peu ... en créant cette confiance t'instaure indirectement un attachement.

IDE: Oui c'est plutôt ça, je pense involontairement y a un attachement qui se crée mais je pense pas que cette attachement est forcément négatif parce que ça permet aussi au patient d'exister, de sentir que, ouais c'est ça faut que le soin se réalise bien y a cette confiance, y a cette existence au final et c'est ses explications et tout ça sa passe par l'écoute active et par la présence et si ils peuvent se libérer et dire les choses c'est si jamais la confiance fin si y a une confiance qui s'instaure. Quelqu'un ne va pas se mettre à parler s'il n' y a pas de confiance non plus.

ESI: Non c'est clair que tant que t'as pas instauré cette confiance entre toi et le patient, il ne va pas se livrer.

IDE: Oui et même des soins difficiles ne vont pas être réalisables bah de façon optimale, ou réalisables tout court.

ESI: Oui c'est vrai et du coup les enjeux pour la personne âgées ça serait quoi?

IDE: De cet attachement?

ESI: Ouais.

IDE: Bah je pense d'exister, que finalement on existe dans le regard du soignant, on est pas seulement un patient à qui on vient faire une prise de sang, une toilette, aider au repas, on est quelqu'un, si on voit dans le regard ou dans les gestes du soignant bah qu'il y est une confiance ou un attachement qui s'est mis en place c'est qu'on existe toujours.

ESI: Ok... Est-ce que tu as déjà ressenti de l'attachement auprès d'un ou plusieurs patients que tu as pris en soin?

IDE: C'est arrivé... (rires) C'est arrivé un ou plusieurs oui c'est arrivé.

ESI: Si oui, est-ce que c'était dans un lieu de vie?

IDE: Oui.

ESI: Est-ce que tu pourrais me donner un exemple de situation que tu aurais vécue?

IDE: Bah en fait c'est un attachement qui s'est créé, alors qui s'est créé un peu naturellement en lien avec une géographie fin le lieu de vie, fin l'origine, l'origine géographique en fait. On était de la même commune et finalement en parlant avec elle bah le fait d'être du même coin, la personne s'est un peu plus rapprochée et puis bah moi je me suis un peu plus rapprochée d'elle aussi parce que c'est le lien en fait c'est l'échange et c'est la transmission de savoir qui a fait que le lien s'est créé parce que cette personne là me parlait de la commune moi je lui donnait des infos de la commune parce qu'elle était plus là et du coup bah c'est vrai que finalement tu vas t'es content d'aller la voir, elle est contente de te recevoir et puis il se confie aussi d'autant plus et les soins se font différemment aussi.

ESI: Ouais c'est vrai, c'est un lien que t'avais avec elle et du coup... comme quoi des fois les relations de soin ça part de pas grand chose en fin de compte.

IDE: Ouais c'est parti de pas grand chose, c'était parti d'un lieu géographique en fait tout simplement et puis ça a été repéré et puis un lien et c'est le partage en fait finalement.

ESI: Ouais c'est ça qu'est chouette.

IDE: Oui parce que sachant que moi j'y habite pas depuis très longtemps dans cette commune et elle m'a raconté la vie de la commune auparavant, ce qu'elle avait pu faire, ce qu'elle avait pu vivre et comment c'était auparavant et c'est ça qui est bien auprès de la personne âgée, c'est la transmission.

ESI: Oui c'est la transmission.

IDE: Ils ont la sagesse, ils ont le vécu, et ils peuvent nous apprendre pleins de choses.

ESI: Ouais c'est vrai que c'est beau... En quoi la prise en soin dans un lieu de vie nous expose t-elle plus à l'attachement?

IDE: Ça nous expose plus parce que c'est un lieu de vie donc.. en fait je relirai ça un peu avec notre côté un peu tout puissant de professionnel fin dans les lieux de vie, quand les gens sont à domicile tu intervies chez eux, c'est eux qui accepte, c'est eux qui t'accueille, ils t'ont demandé de venir. Dans un lieu de vie, ils y viennent parce que ils ont plus la possibilité, parce que y a plus d'autres solutions et pour moi en tout cas on a plus tendance à vouloir entrer en relation avec eux, à connaître aussi ce qu'ils ont et puis discuter avec eux pour pouvoir, pour qu'ils existent fin tu fais pas que passer au final, tu intervies quand même chez eux sauf qu'ils sont tout le temps là donc ils on... toi t'as envie de les connaître aussi pour au départ mettre en place les soins et que ça se passe le mieux possible et d'un autre côté eux c'est aussi parfois les seules personnes qu'ils voient c'est nous les soignants et forcément tu les voient au quotidien, tu les voient évoluer, tu les voient perdre en autonomie et je pense qu'il y a l'attachement aussi qui s'installe petit à petit avec... fin qui se creuse parce que l'attachement il se crée au départ et il se creuse petit à petit avec la dépendance et la perte d'autonomie également.

ESI: Ok et par rapport à un service de médecine et de chirurgie pourquoi est-ce que là bas y aurait moins d'attachement?

IDE: Parce qu'ils font que passer.

ESI: Ouais ils sont que de passage.

IDE: Ils sont de passage, y a des relations qui vont se créer mais ils vont rester 15 jours, 3 semaines, ils ne vont pas rester non plus énormément de temps, il va y avoir un attachement mais un attachement passager au final fin il est entre guillemet attachant, il est intéressant mais on ne va pas aller plus dans la relation tandis que dans un lieu de vie on rencontre les familles, on apprend sur leur vie, on apprend sur la vie de la famille, on rentre un petit peu dans leur intimité au final de ces familles là parce qu'ils nous confient des choses.

ESI: Ouais c'est vrai ils livrent pas mal de choses en fin de compte, tu connais une bonne partie de leur vécu.

IDE: Ouais donc du coup je pense oui que l'attachement est différent. Et eux ils sont aussi différent je pense dans un service de médecine, ils savent qu'ils sont que de passage aussi.

ESI: Ils vont peut-être moins se livrer du coup.

IDE: Moins s'installer entre guillemets en fait. Je pense qu'il se livre moins d'autant plus qu'ils sont pas là pour... ils se projettent pas non plus au long terme et il y a besoin d'un temps pour qu'une confiance s'instaure et qu'un attachement s'installe donc je pense que la durée du séjour fait que l'attachement s'installe plus facilement je pense dans un lieu de vie. On le dit bien on a des patients qui restent très longtemps, je pense c'est envers ces patients là qu'on a le plus d'attachement fin que l'attachement se crée et on a des patients aussi qui arrivent à bout de course et parfois on accompagne et qui reste très peu de temps, ça nous arrivent aussi et bah ça nous touche quand ils disparaissent, quand ils partent mais c'est pas la même chose, y a pas eu ce temps où en fait un lien c'est créer, il faut du temps aussi.

ESI: Ouais, oui c'est clair y a pas eu le temps où du coup tu connais moins leur vie,...

IDE: Et puis on les accompagne fin c'est vrai quand y a des patients qui arrivent en soins palliatifs on les accompagne ouais sur du palliatif souvent on arrive à souvent quelques jours, quelques semaines auparavant tandis que ces personnes avec qui fin pour moi pour qui on a le plus possibilité fin que l'attachement peut se mettre en place c'est des personnes qu'on a vu arriver, qu'on a connu encore... fin qui sont dans l'échange, qui sont pas encore dans la dépendance et bah petit à petit cet attachement se crée au fil du temps et peut-être qu'il se renforce aussi quand ils ont plus besoin de nous.

ESI: Ouais en fonction des périodes qu'ils vivent.

IDE: Ouais.

ESI: Ok... Quels genres d'incidences peut avoir l'attachement sur la personne âgée et sur le soignant?

IDE: Il faut faire attention à cet attachement parce que l'incidence qu'il peut y avoir c'est une mauvaise perception des choses ou une mauvaise analyse finalement.. un mauvais positionnement, ça serait un petit peu déborder et envahir par cet attachement pour ne plus avoir des prises de

décision, cohérentes ou lucides fin que ça soit pas des prises de décision ou des interprétations qui soit shunté.

ESI: Ouais tu serais moins objective?

IDE: Ouais voilà c'est ça, c'est ça qu'il faut faire, je pense, qu'il faut faire attention.

ESI: Et pour la personne âgée il peut y avoir des incidences aussi où ?

IDE: Oui, il peut y avoir des incidences si il y a une influence par le soignant. Si le soignant n'arrive pas à mettre entre guillemets c'est pas une barrière mais une certaine protection fin de passer le relai, si y a pas cette barrière, cette protection elle va peut être vouloir faire plaisir ou n'écouter que le soignant avec qui il y a l'attachement et du coup ça peut être, il peut ne plus avoir pas son mot à dire mais faire pour...

ESI: Pour faire plaisir..

IDE: C'est ça mais pas forcément... peut-être mettre je sais pas mettre en 2ème plan son souhait en fait.

ESI: Ouais.

IDE: Je pense à quelque chose fin quelqu'un qui arrive en fin de vie et qui le sent mais il va continuer à se battre, il va continuer parce qu'il y a cet attachement-là qui le fait rester dans la vie mais est-ce que c'est véritablement son souhait, est-ce que c'est pour ne pas faire de mal...

ESI: Ouais je vois ce que tu veux dire... Que penses-tu de la distance entre le soignant et la personne soignée, donc la personne âgée ?

IDE: Bah on peut très vite... il faut la garder cette distance pour rester objectif comme on disait tout à l'heure, pour se protéger, pour le patient aussi toute façon pour le protéger également et puis pour qu'il fasse toujours ses propres choix et en même temps cette frontière elle est extrêmement fine.
(rires)

ESI: (rires)

IDE: La relation soignant-soigné est extrêmement importante pour la confiance comme on disait pour faire des soins... que ce soit des soins en confiance, des soins qui soient plus acceptable, des soins qui soient plus facile en fait à supporter et en même temps bah elle est très très fine et on peut très très viteee...

ESI: Passer cette barrière...

IDE: Oui ouais, et en même temps elle est nécessaire pour pas qu'on devienne entre guillemets des machines en fait, des robots où on fait des choses automatiques sans émotions et ça ça serait vraiment très très difficile fin je trouve que ça serait très pas difficile mais pour nos patients ça serait pas évident et humainement dans ces cas-là il existerait pas en fait.

ESI: Ouais ça serait des numéros de chambre...

IDE: Voilà ça serait juste une personne dans un lit à qui va donner à manger, à qui on va faire la toilette, à qui on va faire un dextro, ils existeraient plus et ça serait une perte encore pour eux.

ESI: Une perte de plus....

IDE : Ouais.

ESI: Qu'évoque pour toi la notion de juste distance professionnelle?

IDE: C'est difficile ça. La juste distance professionnelle c'est réussir à créer cette relation avec le patient en gardant le côté humain, garder sa position de soignant, faire attention que l'autre existe et laisser libre parole mais elle est très très difficile finalement parce qu'on a toujours tendance très vite à penser pour l'autre.

ESI: Ouais à interpréter du coup ce qu'il peut dire, ce qu'il peut faire...

IDE: Oui, ce qu'il peut dire, ce qu'il peut faire, et puis ça peut être différent en fonction des moments de ta vie. En fonction des choses que t'as pu vivre auparavant et on peut projeter des choses nous en tant que soignant et c'est ça qui faut faire attention.

ESI: Ouais par rapport à nos expériences à nous soignant, qu'on projette sur des situations vécues...

IDE: Ouais.

ESI: Est-ce un enjeu dans la prise en soin de la personne âgée cette notion de juste distance?

IDE: Oui, c'est un enjeu bah pour que chacun reste à sa place entre guillemets même si c'est quelque chose qui est extrêmement difficile à mettre en place au final, pour que chacun reste à sa place entre guillemets mais en même temps... pour que ouais le soigné puisse rester en fait le centre du soin, celui qui va dire les choses, celui qui va donner son ressenti et qu'il soit pas perturbé, c'est pour ça qu'il faut garder cette juste distance pour ne pas influencer, pour qu'on est un regard le plus objectif et laisser la place au soigné.

ESI: Ouais qu'on se fasse un avis sur lui et pas sur les professionnels qui en parlent autour...

IDE: Et on a tendance à influencer justement ne serait-ce que pendant nos transmissions. C'est il a dit ça, ça veut dire que ou ça veut dire que... ça va être notre interprétation en fait.

ESI: Et dés fois ça va être une interprétation d'une interprétation parce que des fois dans la façon dont on va dire la chose la collègue va se dire il l'a dit comme ça alors que pas du tout...

IDE: Ouais et ça peut être même une douleur. Une douleur ne va pas être perçue..... fin une grimace ou un mot ne va pas être interprété de la même façon en fait finalement avec ce qu'on investit derrière... Ouais je vois y a un patient, c'était ce week-end fin j'étais pas là ce week-end mais il a été perçu comme très douloureux et moi je l'ai pris en charge lundi et pour moi il gémissait pas de douleur tu vois c'était plus de l'angoisse mais après c'est de l'interprétation.

ESI: Oui voilà c'était ton avis et puis c'était un autre avis de ta collègue de ce week-end..

IDE: C'est ça je dis pas que l'autre avait raison ou que j'avais raison mais on n'interprétera pas de la même façon en fait... je sais plus ce que c'était la question. (rires)

ESI: Si c'était un enjeu de la prise en soin de la personne âgée, la juste distance professionnelle.

IDE : Ça doit l'être un enjeu, il faut y faire attention, il faut pas prendre la place du soigné.

ESI: Réussissez-vous toujours à instaurer cette juste distance professionnelle avec vos patients?

IDE: J'en suis pas certaine. (rires)

ESI: (rires) Après comme tu disais tout à l'heure c'est vrai que c'est pas évident et qu'elle est super fine cette distance professionnelle.

IDE: Et je pense qu'elle est plus facile à respecter cette distance, ça dépend du lieu de travail. Dans un lieu de vie, cette distance est plus difficile à ne pas... fin cette frontière à ne pas franchir. Dans un service aigu c'est plus cadré fin je veux dire c'est cloisonné, ils viennent pour une pathologie, on fait on fait ça on fait attention à si, tandis que là on prend les patients dans un lieu de vie dans leur globalité et on connaît des choses de leur vie et on peut justement analyser avec oui mais il a vécu si, il a vécu ça et c'est ça qui provoque si....

ESI: Ouais tu fais encore plus de liens avec ses expériences personnelles...

IDE: Mais est-ce que c'est pas juste de l'interprétation et que au final on dépasse justement cette frontière-là parce qu'on interprète, parce qu'on connaît un peu le patient et alors que finalement il a peut-être juste dit quelque chose qui correspondait à j'ai une douleur ou j'ai ceci. Et cette juste distance peut justement shunter parfois l'appréciation d'une plainte ou d'une interprétation...

ESI: Ou d'un diagnostic...

IDE: Ouais d'interpréter... et on arrive tous avec notre tempérament, notre caractère et notre vécu et on l'interprète jamais de la même façon.

ESI: Bah oui ça c'est.. et puis c'est vrai que c'est pas évident la juste distance professionnelle.... c'est compliqué.

IDE: Oui et encore plus dans un lieu de vie... Oui et l'attachement fait aussi que l'investissement peut être différent d'un patient à l'autre, le soignant va s'investir peut être différemment par rapport à un patient lorsqu'il y a un attachement qui se met en place.

ESI: Ouais il va peut-être plus s'investir...

IDE: Ouais un sur-investissement parfois c'est pour ça il faut d'autant plus faire attention en temps que soignant de pas trop tomber en fait... parce que là du coup c'est notre perception qui serait pas forcément bonne...

ESI: Et même par rapport aux autres soignés ça serait pas très...

IDE: Bah ça serait pas juste et puis ce sur-investissement permettrait de ne pas être objective dans nos prises de décision ou les transmissions qu'on pourrait faire auprès de nos collègues ou du médecin.

ESI: Ouais on en rajouterait peut-être un peu... pour faire plus attention...

IDE: Oui.

ESI: A quelles émotions peuvent être confrontés les soignants ?

IDE: Y en a plein, ça va être du positif au négatif, c'est les émotions, du côté positif fin de la joie, c'est le partage donc c'est... y a de la gaieté parce qu'ils nous apportent des moments de rires avec nos patients c'est des moments de joie quand ils nous transmettent quelque chose ou qu'ils partagent un moment de leur vie, ça passe également par la tristesse aussi parce que finalement on les voit diminuer et puis bah peut y avoir aussi de la colère quand l'attachement se met en place et que finalement on est peut être pas prêt à voir les choses évoluer et on va se battre avec une équipe parce qu'on est pas prêt à entendre certaines choses, pas vis à vis du soigné mais contre tes collègues soignants.. et puis bah de la tristesse au moment où le patient part. Mais en fait c'est tout le panel des émotions qu'on peut rencontrer dans la vie au final.

ESI: Ouais tu vis les mêmes en fin de compte dans ta profession... Et quels moyens et stratégies on pourrait utiliser fin que tu utilises toi pour gérer tes émotions issues de la relation de soin?

IDE: Je pense que la meilleure solution c'est de passer la main, quand on voit qu'on devient un petit peu trop.. Passer la main, ne pas dépasser la frontière fin resté à sa place. Quand je dis rester à sa place c'est lorsque tu as un attachement avec un patient tu sur-investis fin au point que même si tu es pas dans le secteur tu vas y aller quand même... ouais faut faire attention et passer la main justement et essayer de rester objectif et essayer d'écouter également le point de vue des autres

soignants et peut être essayer d'être attentif à ce que dit le résident et ne pas interpréter pour que ça corresponde à ce qu'on a envie d'entendre.

ESI: Ouais donc faire attention à tout ça... et c'est pas évident...

IDE : Oui, ouais et on peut très vite tomber dans l'engrenage sans s'en rendre compte.

ESI: Ouais c'est clair... Bon bah écoute j'ai fini avec mes questions.

IDE: C'est vrai !!

ESI: Merci à toi!

IDE: Mais de rien !

ESI: Tu as répondu.. t'as apporté plein de trucs donc c'est très bien.

IDE: C'est vrai?

ESI: Ouais

IDE: C'est très bien alors parfait

ANNEXE IV : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°3

ESI: Est-ce que tu vas pouvoir me présenter en quelques mots ton parcours professionnel ?

IDE: Alors moi j'étais aide-soignante avant... j'étais aide soignante de 1997 à 2010 donc ça fait pendant... non 1998 à 2010 donc ça fait 12 ans. J'ai travaillé à la clinique st yves en tant qu'aide-soignante et après j'ai fait du soin à domicile à l'hôpital ici. Donc le soin à domicile c'était pendant 9 ans. Et puis après j'ai voulu faire la formation infirmière donc de 2010 à 2013 j'ai fait la formation à Pontchaillou et de 2013 donc j'ai été diplômé donc j'ai fait 14 mois en médecine SSR et après 7 mois en unité Alzheimer et un mois en EHPAD et je suis arrivée en USLD en mai 2015 donc ça fait presque 7 ans.

ESI: Ok d'accord... Est-ce que pour toi c'est un choix de travailler auprès des personnes âgées ou pas?

IDE: Moi mon projet à la fin de mes études d'infirmière c'était soit la médecine générale ou alors les services de rééducation c'était ou les personnes handicapées....

ESI: Où t'as un suivi vraiment...

IDE: Ouais et pour le suivi et tout l'accompagnement sur la longue durée et puis voilà c'était ça. Donc en fait ici ça me correspond.

ESI: Oui puisqu'en fin de compte t'as un suivi de tes patients sur le long terme.

IDE: Donc en fait ici ça me plaît parce que c'est un accompagnement sur du long terme, il y a la partie soin qui est intéressante, on fait des soins très variés, il y a le côté accompagnement des patients et des familles aussi.

ESI: Ok.

IDE: C'est assez varié en fait comme service.

ESI: Ouais c'est varié et complet du coup t'as tout ce que tu cherchais.

IDE: Ouais.

ESI: Qu'est-ce que ça représente pour toi le vieillissement?

IDE: Bah nous on a pas le bon côté du vieillissement. Quand t'es chez toi tu vieillis bien en fait c'est juste des années qui se rajoutent aux années, tu continues ta vie comme tu l'as entamé. Mais nous ici le vieillissement c'est plutôt côté négatif, c'est tu rentres dans la dépendance en fait et nous ici on les a dans une très grande dépendance donc on a tout le versant négatif du vieillissement en fait.

ESI: Et est-ce que pour toi la personnalité elle évolue avec le vieillissement ou pas du coup?

IDE: Oui je pense, je trouve que la personnalité évolue, ça peut exacerber des qualités ou des défauts et y a la maladie aussi qui prend le dessus donc on a des gens quelquefois qu'on ne reconnaît plus. Je vois par exemple une dame qu'on a eue qui avait la maladie d'Alzheimer, qui était une dame très bien éduquée, qui avait des bonnes manières de vivre, de savoir vivre, avec la maladie d'Alzheimer et bah elle devenait vulgaire, grossière, elle perdait un petit peu... t'avais tous les verrous de l'éducation qui sautait ouais.

ESI: Elle se contrôlait plus quoi.

IDE: Ouais voilà, donc oui je pense que la personnalité évolue avec les maladies. Mais quelquefois t'as le fond de caractère qui est là mais la maladie va exacerber le trait de caractère.

ESI: A quoi l'être humain doit-il faire face quand il vieillit?

IDE: A quoi doit-il faire face... Bah déjà au deuil, à différents deuils. Le deuil c'est quoi c'est savoir adapter son comportement face à des pertes et quand tu vieillis tu perds plein de choses en fait. Tu perds ton autonomie, ton indépendance, tu perds ta bonne santé, quand tu viens ici tu perds ta maison, ton appartement, tu perds tes habitudes, tu perds des loisirs que tu aimais faire, tu perds des membres de ta famille parce que tu peux perdre ton mari, ta femme, tu perds aussi des amis. C'est tout un travail où tu perds plein de choses. Tu vois bien les gens qui arrivent ici qui sont en USLD bah voilà ils ont perdu leur vie d'avant, ils ont perdu leur travail, ils ont perdu leurs loisirs, ils ont perdu leurs habitudes, y a des amis qui viennent plus les voir parce que c'est pas marrant de venir voir une personne âgée ici. Tu perds tes habitudes alimentaires, si t'aimais bien manger des langoustines et bah t'en mangeras pas, si t'aimais bien aller au restaurant t'iras pas, si t'aimais bien aller au cinéma

t'iras pas au cinéma, si t'aimais bien aller aux sports d'hiver tous les ans et bah t'iras plus, si t'aimais bien jardiner et bah tu ne jardineras plus. Enfin y a plein de choses comme ça, donc tu dois faire face à ça et tu dois faire face aussi à ta fin de vie et puis derrière la fin de vie bah c'est la mort donc c'est peut-être aussi une préparation pour gérer sa propre mort derrière tout ça.

ESI: Ouais une acceptation de la fin.

IDE: Ouais accepter la finitude de la vie et puis que t'arrives à la fin de ta vie et puis que et bah t'es ici et puis que c'est ta dernière maison et que ta prochaine maison c'est le cimetière quoi.

ESI: Ouais donc en fait vieillir ça serait un travail sur toutes les pertes que tu peux avoir et sur l'acceptation de la fin ?

IDE: Ouais pour moi c'est plus ça ouais. Et puis mais malgré tout peut-être essayé d'avoir quelques derniers plaisirs malgré tout parce que tu peux encore avoir quelques plaisirs même si ici bah nous on est dans un service où ils sont rares les plaisirs. La dernièrement on a vécu le confinement donc on leur a encore hôtés des moments de joie, agréables...

ESI: De liberté.

IDE: Ouais de liberté, parce que la liberté finalement elle est très limitée ici, ouais c'est peut être aussi la perte de la liberté tient, perte d'autonomie...

ESI: Beaucoup de perte tout ça...

IDE: Ouais beaucoup de perte.

ESI: Quels sont les particularités et les essentiels de la prise en soin dans un lieu de vie ?

IDE: Qu'est-ce que tu veux dire?

ESI: Bah qu'est-ce que pour toi... qu'est-ce qui est essentiel à mettre en place dans un lieu de vie pour prendre en soin correctement tes patients, plus que dans un service comme de la chirurgie ou de la médecine?

IDE: Bah c'est l'accompagnement sur du long terme donc ça va être essayé de personnaliser les soins par rapport à chaque patient parce que chaque patient est singulier, à une histoire singulière et c'est à nous d'avoir une attitude bien personnalisée, bien ciblée par rapport à chaque personne quoi. Après c'est pas forcément évident si quelqu'un avait l'habitude chez lui de se lever tard, bah peut être essayer de respecter ces habitudes-là, ou de se coucher plus tard essayer de respecter ça.

IDE : Si quelqu'un avait l'habitude de faire une sieste, bah respecter les siestes. Si quelqu'un avait l'habitude d'aller à l'extérieur, bah peut-être essayer de trouver des activités où il peut aller dehors. Si y avait quelqu'un qui aime beaucoup sa famille bah peut être favoriser les sorties le week-end fin je sais pas c'est essayer de trouver la chose, c'est vraiment personnaliser ses soins par rapport à chaque patient.

ESI : Ouais donc tu t'adaptes à chacun en fonction de leur rythme de vie et de leurs habitudes en fin de compte.

IDE : Ah oui faut vraiment s'adapter ouais. Par exemple, là tu vois on a un patient qui vient de rentrer dernièrement... Il a une grande insuffisance cardiaque mais il est aussi alzheimer, il est sur les deux fronts... et il est arrivé chez nous en USLD parce qu'il y avait justement cette grosse décompensation cardiaque, il peut décompenser. Nous on voit chez nous il arrête pas de déambuler bah il est alzheimer.. il y a un risque de fugue, il a un risque de chute accru, il y a des escaliers un peu partout... Donc le médecin fin la cadre de santé voulait qu'il retourne en UVSA mais la famille est contre parce que.. par rapport à cette grosse.....

ESI:Pathologie cardiaque du coup ?

IDE : Ouais voilà... Alors moi je disais bah il peut rester chez nous pour avoir ce suivi cardiaque mais le matin l'animatrice peut venir le chercher pour l'emmener au café relationnel en EHPAD sachant qu'il vient d'un ancien EHPAD donc il était habitué à cette vie communautaire fin le lieu de vie. Et l'après-midi il pourrait aller en unité Alzheimer où y aurait un accompagnement plus adapté à sa pathologie et c'est dans un lieu en plus fermé donc plus sécurisé. Bon là ça va pas être possible parce que y a un cluster en UVSA donc c'est pas la peine qu'il y aille. Elle n'est pas vraiment favorable mais je pense que je vais appuyer pour que lorsqu'il y aura plus le cluster que ça se fasse comme ça.

ESI : Ouais comme ça au moins vous vous adaptez vraiment à lui.

IDE : Ouais, en plus on nous parle toujours de projet de vie voilà donc je trouve que c'est un projet de vie qui est fait en transversale, il est chez nous pour le suivi cardio et tout ça, on lui prend sa tension tous les jours, on le surveille mais en même temps on a le souci de sa démence qui évolue.. et c'est quelqu'un qui aime le contact, qui a besoin de parler, qui a besoin de voir la vie autour de lui... tu vois c'est...

ESI : Ouais donc il serait mieux la journée en UVSA pour les activités, et même pour sa sécurité fin ça serait plus gérable...

IDE : Ouais c'est dans un lieu fermé, il pourrait pas sortir. En plus bah si il est occupé bah pendant ce temps là il pense pas à déambuler, ça calme ses angoisses, la déambulation est moins importante.. plutôt que de donner du loxapac à tort et à travers..

ESI : Ouais c'est clair.

IDE : Ça permet aussi peut-être moins de médicaments enfin tu vois et puis le loxapac qui accentue le risque de chute tu vois... C'est quelqu'un qui vient de la campagne qui aimait son cidre et bah j'ai dit au équipe et bah donner lui un verre de cidre tous les midis fin tu vois c'est.. tu personnalises.. tu vois ce Mr là est comme ça...

ESI : En fonction de leur vécu...

IDE : Ouais voilà, de ce qu'ils sont, de ce qu'ils aiment et de façon que...

ESI : Ouais c'est important.

IDE : Ouais voilà... Là c'est un exemple c'est de le dernier exemple que j'ai en tête.

ESI : Et quelles qualités sont nécessaires pour toi pour travailler auprès des personnes âgées dans un lieu de vie ? Les qualités des soignants...

IDE : Bah faut être dans l'empathie beaucoup, l'empathie... la bonne distance vis-à-vis d'eux... faut être observateur aussi, savoir observer, savoir remarquer par exemple les signes d'une décompensation, les signes avant-coureur d'une décompensation par rapport à son moral... et puis faut savoir s'adapter aussi faut une grande adaptabilité par rapport à la population parce que nous tu

vois bien s'est très varié on a des gens de tout milieu, de toute sortes de personnes donc à chaque fois il faut savoir s'adapter par rapport à chacun. Donc ouais savoir s'adapter, l'empathie et la bonne distance. Avoir un petit côté psychologue aussi... savoir ouais..

ESI : Pour savoir déceler un peu les angoisses et les aider à les surmonter ?

IDE : Ouais voilà, ouais.

ESI : Comment vis-tu la relation de soin avec la personne âgée ?

IDE : Comment je la vis... je sais pas ce que tu veux entendre par ça (rires)...

ESI : Bah si tu la vis bien, si c'est quelque chose que... que tu... pas que tu conçois mais que tu fais au quotidien....

IDE : Ouais je la vis bien cette relation-là, ça me pose pas de problème particulier...

ESI : Ouais voilà c'est pas quelque chose que t'évites d'avoir...

IDE : Non bah non au contraire, au contraire... moi je suis plus quelqu'un dans la relation donc je vais plus rechercher le contact avec les gens, avec leur famille. Après même au contraire ce qui nous manque c'est le temps souvent donc... mais moi quand j'ai un petit peu de temps j'aime bien traîner dans les chambres et puis passer 5 minutes avec l'un, avec l'autre...

ESI : Pour discuter...

IDE : Ouais c'est souvent là que tu vas recueillir des confidences, des choses... Tiens une qualité aussi c'est l'humour (rires) j'ai oublié de dire.

ESI : Ouais c'est vrai. (rires)

IDE : Savoir rire avec eux en fait et derrière l'humour... bah des fois j'ai des blagues avec eux bah elles valent ce qu'elles valent (rires) mais derrière ça bah les gens hop se détendent et puis souvent tu vas créer une relation de confiance avec eux...

ESI : Ouais et puis du coup ils vont peut-être plus facilement se livrer à toi après...

IDE : Mhh, ouais.

ESI : Et pour toi en quoi cette prise en soin auprès de la personne âgée est-elle spécifique par rapport à... auprès d'une personne d'autre catégorie d'âge?

IDE: Bah spécifique dans le sens où nous ici on est sur du long... de la longue durée en fait souvent, donc la durée on a des gens qui sont là pendant 6-7 ans donc c'est très long. On vit avec eux en fait donc c'est peut-être ça qui différencie par exemple d'un service de chirurgie où les gens sont là juste pour 3-4 jours... voilà t'as pas trop le temps d'établir une relation. Mais après y a pas énormément de changement quelque part parce que l'empathie tu la mets partout.. ton côté... tes capacités de relationnel tu les mets partout, tes capacités de savoir s'adapter bah c'est pour tous les services aussi. L'humour tu peux le mettre partout fin en fait y a pas.. c'est peut être juste la durée d'hospitalisation qui change sinon ça change rien et puis les personnes âgées tu les trouves partout aussi. Tu les as dans les urgences, tu les as en chirurgie, tu les as en psychiatrie, tu les as en réa, tu les as en...

ESI: C'est vrai..

IDE: Et heureusement d'ailleurs.

ESI: Oui, c'est la population la plus représentée je pense à l'hôpital.

IDE: Donc t'as peut-être pas énormément de différence sauf que nous bah on est sur de la longue durée et c'est peut-être plus... tu vois l'USLD c'est un petit peu un carrefour entre l'EHPAD et la médecine parce que... on a quasiment les mêmes soins qu'en médecine et puis en même temps on a le côté EHPAD où ils sont la tout le temps, sur du long terme.

ESI: Ouais c'est leur maison en fait.

IDE: L'USLD c'est un petit peu le mixte des deux services.

ESI: Ouais c'est vrai en fin de compte.

IDE: Du coup ça relève de la médecine générale qui était mon projet de sortie d'étude, donc je me retrouve là dedans... et puis avec pleins de pathologies différentes donc c'est ça que j'aime cette diversité dans les pathologies et dans les soins.

ESI: Ouais c'est super varié...

IDE: Ouais après on est que dans du général, on est pas spécialisé en rien du tout mais on a un grand panel... et moi je me dis que si je devais changer de service sur mon CV et bah j'aurai quand même de quoi écrire...

ESI: Ah bah oui c'est sûr, étant donné que c'est super varié tout de suite... tu connais pas mal de pathologies, t'as pas mal de soins techniques que tu fais quotidiennement donc c'est sur...

IDE: Oui, ouais on serait pas trop perdu. (rires)

ESI: Non je pense pas Quels sont les comportements à mettre en avant dans une relation de soin auprès de la personne âgée?

IDE: Alors attends qu'est-ce que tu me dis là, la question?

ESI: Quels sont les comportements que tu dois mettre en avant auprès de la personne âgée dans une relation de soin? Les approches que tu dois avoir avec lui?

IDE: Bah il faut être... l'empathie toujours... il faut savoir cadrer aussi des fois les gens ils ont besoin d'être cadré... quelqu'un qu'est angoissé et tout, t'as besoin de fixer des limites, ne pas dépasser telles limites... fin je sais pas trop comment expliquer... telle limite..... Et puis pour avoir la confiance, si tu dis quelque chose, il faut le faire fin si tu dis oui oui je vais vous faire ça et puis que un mois après t'as toujours pas fait bah... il faut tenir tes paroles, tenir tes promesses.

ESI: Sinon ça casse la relation.

IDE: Ouais parce que la confiance c'est quelque chose de très important et la confiance elle est plus vite perdue que gagnée donc il faut être quelqu'un d'authentique, il faut pas leur mentir et il faut tenir ses promesses, ses paroles en fait. Si tu dis je repasse en début d'après-midi bah faut repasser les voir... parce que eux ils ont que ça à penser donc ils...

ESI: Ouais ils s'en souviennent.

IDE: Toi tu peux oublier parce que t'as milles choses dans la tête mais eux ils oublieront pas ils ont que ça à penser.

ESI: Mais c'est vrai en plus. Et puis une fois que la relation de confiance elle est cassée, c'est peut être encore plus dur après de la réacquérir une seconde fois.

IDE: Ah bah c'est clair et puis bah le respect, le respect c'est très important aussi, savoir les respecter et puis bah justement tout ce que je te dis ça passe par le respect aussi, si tu les respectes tu tiendras ta parole.

ESI: Complètement.

IDE: Donc voilà.

ESI: Quels sont les enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie pour le soignant ?

IDE: Les enjeux, les risques tu veux dire? Fin dans quel sens tu veux dire ?

ESI: Bah... qu'est-ce que toi ça peut t'apporter cette relation de soin ?

IDE: Bah c'est souvent valorisant parce que si par exemple t'as quelqu'un qui n'a pas le moral et puis que t'arrives à lui remonter le moral, ou si t'arrives à faire en sorte qu'il ne sombre pas, qu'il arrive à s'accrocher et puis à reprendre... à remonter la pente bah c'est toujours valorisant, un pansement que t'arrives à cicatriser bah c'est valorisant. Comme le Mr que je te nommais tout à l'heure qui faisait des décompensations cardiaques, il est arrivé chez nous il était mal en point et son fils l'autre jour il dit oh bah dis donc on pensait pas qu'il serait remonté comme ça, on pensait pas le voir aussi bien... bah c'est valorisant tu te dis bah voilà...

ESI: Ouais t'as accompli du bon travail quoi ?

IDE: Ouais voilà ce côté-là et puis bah les patients qui nous aiment bien, qui nous disent des fois quand on part en vacances oh bah ça fait longtemps que je t'avais pas vu fin y a cette relation qui s'installe c'est toujours valorisant ouais. Et puis bah faire du bien aux autres c'est toujours valorisant

aussi fin, c'est ce sentiment d'altruisme qui.... bah si on a choisi d'être infirmière c'est pas par hasard, c'est parce qu'on veut faire le bien aux gens, on veut leur apporter quelque chose et bah ça t'apporte énormément.

ESI: Et du coup qu'est-ce que cette relation de soin elle apporterait pour la personne soignée, donc pour la personne âgée en l'occurrence là ?

IDE: Bah du réconfort, une aide psychologique, une aide.. bah de l'humain, on leur apporte de l'humain aussi. T'as des gens bah ils ont plus de relation avec leur famille où ils ont leur famille au loin qui les délaisse un petit peu... on n'est pas leur famille mais on remplace un petit peu leur famille.

ESI: Ça leur réchauffe le coeur un peu.

IDE: Ouais voilà.

ESI: Est-ce que t'as déjà ressenti de l'attachement auprès d'un ou plusieurs patients que t'as pris en soin ?

IDE: Ouais c'est arrivé quand je faisais les soins à domicile c'est arrivé ouais... d'avoir de l'attachement ouais c'est sur... même ici quelques-uns ouais... Alors après on va dire que c'est pas bien que c'est pas professionnel mais c'est un travail de relation humaine donc la relation humaine elle passe forcément un peu par l'attachement un petit peu. Bon ça arrive une fois de temps en temps, c'est pas avec tous mais c'est arrivé ouais...

ESI: Est-ce que tu aurais un exemple de situation vécue à me donner?

IDE: Ouais j'aurai un exemple ouais, bah tu le connais, tu l'as connu ce Mr là... (rires)

ESI: (rires) Je sais déjà.

IDE: Tu sais déjà ouais (rires) Et qu'est-ce que tu veux que je t'en dise ?

ESI: Bah comment à commencer cet attachement, de quoi c'est parti... fin comment tu décris cet attachement...

IDE: Je sais même pas dire comment que c'est parti, bah c'est parti de rien du tout fin je serai même pas te dire parce que ça se fait au fur et à mesure, tu vas voir un patient tu vas t'occuper de lui... lui en l'occurrence c'était ses pansements.. tu fais ses pansements, tu discutes et puis tu te rends compte que tu as des points communs, ça te fait appel sur des choses que tu as vécu et puis voilà. C'est comme quand tu deviens ami avec quelqu'un fin moi je te poserai la question pourquoi tu es amie avec une telle est-ce que tu saurais me dire.... bah non puisque tu l'aimes bien et puis c'est tout. (rires)

ESI: (rires)

IDE: Tu l'aimes bien parce que t'as des atomes crochus parce que y a une affinité, après pour qui pourquoi... tu te dis pas ohh je vais m'attacher avec lui bah nan ça se fait bêtement.

ESI: Naturellement.

IDE: Ouais voilà ouais, y a rien de programmé, ça se fait comme ça t'aimes bien quelqu'un voilà, pour qui pourquoi tu sais pas.

ESI: Ok d'accord, ouais c'est vrai... En quoi la prise en soin dans un lieu de vie nous expose-t-elle plus à l'attachement ?

IDE: Bah c'est cette durée-là peut-être justement, cette durée... et puis bah t'as des gens bah tu les vois tellement dans une grande misère parce que t'as des gens ils peuvent paraître bien comme ça mais y a une grande misère derrière et cette misère-là elle peut te... cette vulnérabilité tient, ce côté vulnérable peut t'attendrir certainement, le côté... bah parce que t'as des gens bah comme le Mr que je te parle il peut te paraître bien mais y avait une grande misère derrière affective fin y avait plein de choses qu'il n'avait pas réussi à régler dans sa vie donc ça te touche, ça peut te toucher ouais.

ESI: Ok et quels genres d'incidences peut avoir l'attachement sur la personne âgée et sur le soignant?

IDE: Sur la personne âgée...

ESI: Ça peut être du négatif comme du positif...

IDE: Bah le positif ça va être que t'es un peu son point de repère et quelqu'un qui n'a plus de repère ça va être un point positif parce qu'il va se rattacher à se.... t'es un peu comme un pilier donc il va se rattacher à ce pilier-là, donc tu vas l'aider à traverser bah les moments difficiles de sa vie. Le négatif et bah ça peut être le côté négatif de l'attachement justement où si tu n'es pas là et bah ça va pas le faire ou.... il va s'attacher qu'avec cette personne-là et puis peut être moins avec les autres fin je sais pas trop...

ESI: Ouais du coup il t'écouterait plus qu'une autre personne ?

IDE: Ouais tu vas peut-être devenir plus exclusif mais c'est pas forcément bon non plus, ça c'est le côté négatif. Et pour la soignante ou le soignant bah le côté positif comme je te disais tout à l'heure bah c'est valorisant un peu aussi, ça te valorise et puis le côté négatif c'est que tu peux ne pas toujours être dans l'empathie justement tu passes dans la sympathie et ce côté sympathique bah t'as dû apprendre ça dans tes cours c'est pas la meilleure relation soignante qu'on peut avoir parce qu'on doit tout le temps rester dans l'empathie c'est à dire à garder cette juste distance où tu dois comment dire, tu dois... quand on est empathique on doit pouvoir comprendre les émotions de l'autre mais sans se les prendre pour soi...

ESI: Sans te mettre à sa place... ouais je vois ce que tu veux dire.

IDE: Ouais voilà, tu comprends les émotions parce que si parce que ça, sa vie est comme ça, sa personnalité est comme ça donc il a ses émotions-là mais sans te les prendre pour toi et quand t'es dans la sympathie bah t'es un peu l'éponge, tu vas prendre sur toi et c'est ça qui est pas bon, c'est mauvais. Parce que du coup tu perds un petit peu ton esprit objectif sur les choses et ses émotions peuvent devenir tes propres émotions et tu n'es peut-être plus tout à fait juste dans ton analyse des choses, tu vois ce que je veux dire ?

ESI: Je vois complètement ce que tu veux dire.

IDE: Donc voilà c'est ça, ça c'est le côté négatif. (rires)

ESI: C'est vrai (rires)... Que penses-tu de la distance entre le soignant et la personne soignée ?

IDE: Qu'on a ici ou que ?

ESI: En général que tu dois avoir avec ton patient en fait.

IDE: Bah je sais pas quoi répondre à ta question ... Qu'est-ce que j'en pense bah il faut une distance ça s'est sur. La distance on l'a par rapport à notre blouse blanche, par rapport aux vouvoiements, au fait qu'on dise Mr/Mme fin tout ça... puis qu'on a pas forcément le temps donc on reste pas forcément grand temps dans les chambres donc ça met de la distance aussi. Donc cette distance-là elle est bonne mais on doit aussi avoir le côté humain donc faut aussi savoir se rapprocher un peu d'eux quand même parce que si on est que des automates à faire des... si on est juste des exécutants de soin...

ESI: Ouais t'as plus l'humain..

IDE: Bah je pense pas que c'est ce que recherchent les personnes âgées au contraire elles recherchent le côté...

ESI: La proximité ?

IDE: Oui voilà.... Il faut être compétente dans ses soins ... mais si nos personnes âgées n'avaient que des automates de soins, des exécutantes de soins sans aucune humanité surtout dans un service comme ici je ne pense pas que ça le ferai.

ESI: Ouais ils ont besoin de cette proximité avec les soignants...

IDE: Ouais y a comme une sorte de proximité et puis à la limite y a des patients que tu vas tutoyer ou que tu vas appeler par leur prénom mais ça n'enlève rien au respect, à la distance. A la limite tu peux appeler quelqu'un Mme/Mr n'avoir aucun respect pour cette personne-là, n'avoir aucune estime pour cette personne-là et tu vas avoir beaucoup plus d'estime pour quelqu'un que tu vas tutoyer ou appeler par son prénom.

ESI: Ouais ça c'est vrai que ça veut pas dire grand-chose.

IDE: Ouais ça veut pas dire forcément grand-chose... après c'est mon point de vue. La psychologue je sais que... elle comprend pas que des fois on en tutoie certains, tu vois y avait *** on le tutoyait et elle ne comprenait pas mais bah c'était ça aussi qui créait la relation.

ESI: Ouais et puis y a certains patients qui n'acceptent pas forcément qu'on les vouvoie.

IDE: Comme le Mr en cause là (dans sa situation d'attachement) moi il m'avait renvoyé sur les roses parce que je l'appelais Mr, il s'était fâché, il m'avait dit tu sors de ma chambre si tu continues à m'appeler Mr tu vois.. Bon bah du coup bah tu dis bah non si je veux que ça aille bien.

ESI: Oui et puis en fin de compte ils sont dans un lieu de vie donc comme tu disais tout à l'heure tu dois t'adapter à chacun et ça fait partie de ça aussi.

IDE: Ouais voilà c'est s'adapter. On a un Mr qui a un syndrome de Korsakoff, y a une aide soignante elle s'est rendu compte que quand on l'appelait gégé et bah ça marchait mieux, on l'appelle gégé du coup.

ESI: Si ça marche mieux...

IDE: Bah pas tout le temps mais quand on voit que ça devient un peu difficile, bah alors gégé, et puis ça marche mieux. Donc en fait tu vois c'est trouver le petit côté... C'est ça aussi être psychologue, enfin avoir le sens... cette finesse d'esprit qui te permet de t'adapter en fait. Mais on est toujours dans le respect, ça n'empêche pas qu'on le respecte en fait.

ESI: Ouais c'est vrai.... l'un n'empêche pas l'autre.

IDE: Nan voilà c'est ça.

ESI: Qu'évoque pour toi justement la notion de juste distance professionnelle ?

IDE: Bah la juste distance bah je crois que je t'ai déjà un peu dit plus ou moins, ouais c'est l'empathie, c'est savoir s'occuper des gens, être dans le prendre soin faut savoir prendre soin mais sans être dans la sympathie forcément non plus faut rester... ouais je pense que je te l'ai dit dans d'autres façons.

ESI: Ouais tu me l'as déjà un petit peu dit... Est-ce que c'est un enjeu dans la prise en soin de la personne âgée cette juste distance professionnelle justement ?

IDE: Bah sans doute ouais parce que ça lui permet de... bah qu'elle reste elle-même jusqu'au bout et puis qu'elle garde son autonomie le plus possible et le plus loin possible et qu'on l'accompagne en

gardant ses propres valeurs fin ... parce qu'une personne âgée elle a forcément ces valeurs, sa personnalité et c'est peut être l'aider à aller jusqu'au bout avec sa propre personnalité, avec ce qu'elle est elle-même jusqu'au bout donc moi je pense que c'est ça les enjeux...

ESI: Est-ce que tu réussis toujours à instaurer cette juste distance professionnelle avec les patients que tu prends en soin ?

IDE: Non pas toujours. Bah y en a bah ça va être... justement t'es dans l'attachement et puis d'autre et bah t'as du mal en fait (rires) on est des humains et d'autres ça passe pas, y' a des gens ça va pas passer, faut dire les choses donc tu vas rentrer dans leur chambre tu vas faire le travail que tu as à faire, si t'as un pansement à faire tu le feras, si t'as une prise de sang à faire tu la feras, si tu as une perf IV à poser tu la poseras, tu feras tout tes soins mais tu y mets pas ton coeur en fait, c'est pas... tu fais ce qu'il y a à faire mais point ça s'arrête là. En fait c'est une histoire de cœur, tu travailles avec ton cœur aussi.

ESI: Bah on est des humains.

IDE: Oui on est des humains donc y a des gens ça passe pas tu sais pas pourquoi tu... y a quelque chose chez eux qui te dérange, qui te déplaît, qui te repousse, qui te rebute... Après c'est... tu l'exprimes même pas c'est, ça se fait comme ça... tu vas faire tes soins mais pas plus. Même les familles des fois c'est compliqué. Et puis y en a d'autres tu vas être dans le sens contraire parce que t'as l'affinité, t'as plein de choses.. tu vas mettre plus ton coeur.. mais on est pas... je pense que d'une chambre à l'autre je suis pas pareil avec eux.

ESI: Non mais en même temps, on n'est pas des robots et des automates.

IDE: Bah non et sans compter que tu as ta propre humeur, y a des jours où tu vas être joyeuse, y a des jours où tu vas être triste, y a des jours où tu vas être fatiguée, d'autres jours où tu vas être anxieuse. Alors normalement on devrait tout laisser ça sur le paillason quand tu rentres dans l'hôpital.. dans les vestiaires, quand tu mets ta blouse blanche tu devrais être tout le temps pareil mais ça c'est la grande théorie.

ESI: Oui bah c'est ça c'est dans les livres ça. (rires)

IDE: C'est dans les livres, la théorie qui dit qu'il faut être comme ça mais dans la vie de tous les jours ça travaille un petit tu vois bien c'est pas....

ESI: Oui et même en fonction de ce que tu vis dans ta vie personnelle et tout fin c'est pas forcément évidemment...

IDE: Oui, alors logiquement tu devrais laisser ça de côté mais si t'as un gros souci dans ta vie personnelle y a forcément à un moment donné dans ta journée où ça va te venir où....

ESI: Oui voilà c'est ça.

IDE: Si t'as mal dormi ou je sais pas bah tu vas pas être pareil.

ESI: C'est vrai... A quels émotions peuvent être confrontés les soignants ?

IDE: La colère, tu peux être en colère, tu peux être l'angoisse aussi, tu peux avoir peur des fois de certaines choses. La peine, le chagrin, la joie... la peine ouais la colère. Le dégoût comme je te disais des fois tu peux être rebuté par quelque chose, si t'as une plaie qui sent mauvais... on a des fois des gens qui devraient être amputés qui ne sont pas amputés, des gens artéritiques où t'as toute la plaie qui... bah c'est la gangrène en fait et bah t'as la mauvaise odeur quand tu rentres dans la chambre bah ça te dégoute et faut savoir surmonter tout ça.... ou si t'as quelqu'un qui te parle mal qui t'envoie sur les roses tout le temps qui est toujours en train de t'insulter... y a des gens qui t'insultent des fois tout le temps même si tu sais que c'est à ta blouse blanche c'est pas forcément à toi bah tu peux éprouver de la colère bah tu te dis mince il m'énerve lui fin.

ESI: Ouais tu te demandes pourquoi il t'insulte...

IDE: Ouais voilà donc t'as toutes les émotions primaires: la colère, la joie, la peine, le dégoût, l'angoisse.. bah tu peux éprouver tout ça ouais.

ESI: Ok et quels moyens et stratégies utilises tu pour gérer les émotions issues de la relation de soin?

IDE: ... Bah faut souvent se dire que c'est pas à toi que c'est adressé, que c'est à ta blouse blanche que c'est à ton métier, à ton positionnement professionnel et que c'est adressé donc faut savoir s'extraire ça. On a dès fois des familles qui sont en colère contre nous, qui sont... ça va jamais, tout va

mal, on s'occupe mal de leur patient mais ça nous ai pas adressées et le jour où la personne décède, on va avoir un gros bouquet de fleurs, on va avoir des chocolats, on va avoir plein de choses... et des fois on se dit bah je comprends plus rien mais c'est là que tu comprends que c'était pas pour toi... et puis même ils ont leurs angoisses, ils te renvoient leur mal-être, leurs souffrances et c'est à toi de gérer ça donc faut savoir se protéger par rapport à ta profession en fait, à ce que tu sais de la maladie, à ce que t'as appris à l'école derrière ta théorie... En fait, c'est ta théorie qui te rend aussi, qui t'aide à savoir prendre la bonne distance. Parce que si on t'a appris à l'école que comment dire les familles que c'est pas à toi mais c'est à ta blouse blanche, que c'est leurs angoisses qu'ils t'envoient, que si ils sont désagréables c'est qu'ils sont angoissés... si tu comprends tout ça, si tu sais tout ça et bah tu vas mieux le vivre du coup donc en fait ça demande une grande connaissance théorique des traitements, les effets secondaires parce que dés fois ce sont les effets secondaires d'un traitement enfin plein de choses et c'est là où il faut qu'on soit fort, faut être bien formé. Tu vas te blinder par rapport à ça et des fois y a l'équipe qui va aussi t'aider, l'équipe qui est une bonne ressource, t'as des bonnes collègues tu vas leur dire moi c'est compliqué par rapport à ça et elle va te dire bah moi je fais comme si, je fais comme ça je fais comme si... donc on s'échange des petits tuyaux, bah moi quand j'ai fait comme ça, ça se passait mieux...

ESI: Ouais des petites astuces.

IDE: Voilà t'as la psychologue aussi qui peut t'aider donc t'as des points ressources comme ça en fait. Ouais donc l'équipe, la psychologue et puis la théorie, tout ce que tu connais.

ESI: Ouais tout ce que tu connais en fin de compte.

IDE: Ouais et puis si tu sais pas et bah quelques fois tu dois retourner sur internet... moi ça m'arrive dès fois à la maison de retourner sur internet et de faire des recherches.

ESI: Ouais comme ça t'es sûre et tu peux justement t'adapter.

IDE: Ouais.

ESI: Ok et bah écoute j'ai fini avec mes questions, merci à toi !

IDE: Bah j'espère que j'ai bien répondu.

ESI: Bah oui ça apporte plein de nouvelles choses c'est très bien merci !

ANNEXE V : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

IDE 1 IDE 2 IDE 3

Objectif 1 : Rapporter les représentations des soignantes concernant le vieillissement, ce à quoi l'humain doit faire face avec le vieillissement et si la personnalité évolue avec ce dernier

Les représentations du vieillissement	Des apports	<ul style="list-style-type: none"> - C'est l'expérience - C'est des choses qu'on a vécu - Des choses qu'on peut transmettre - Une certaine sagesse - Une certaine façon d'analyser les choses
	Une continuité	<ul style="list-style-type: none"> - Des années qui se rajoutent aux années - Tu continues ta vie comme tu l'as entamé
	Des changements	<ul style="list-style-type: none"> - Tu rentres dans la dépendance - La dépendance - C'est la dépendance - Nous ici on les as dans une très grande dépendance - Qu'on ne peut plus faire certaines choses qu'on faisait - Voir qu'on est une diminution - Diminution progressive de ses capacités physiques - Le plus dure ça doit être les capacités physiques - Diminution des capacités psychologiques - Notre façon de voir les choses - Ce qu'on peut percevoir à 20 ans on le percevra pas de la même façon à 80 ans - Y a la maladie aussi qui prend le dessus - On a des gens quelquefois qu'on ne reconnaît plus - Malheureusement la maladie ou autre chose évolue - Le deuil et la fin de vie à deux - Bah déjà au deuil - A différent deuil - Le deuil <p>Des pertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est les pertes - C'est différentes pertes - Quand tu vieillis tu perds pleins de choses - C'est les pertes - Tu perds pleins de choses - Y a pleins de choses - Beaucoup de pertes - La perte d'autonomie - Tu perds ton autonomie - Perte d'autonomie - Ton indépendance - La perte de ses capacités propres à soi - La perte au niveau mnésiques - Tu perds ta bonne santé

Les représentations du vieillissement	Des changements	<ul style="list-style-type: none"> - La perte des proches - Les pertes des proches - Tu perds des membres de ta famille - Tu peux perdre ton mari, ta femme - Tu perds aussi des amis - De voir que son époux, son épouse diminue - Parfois on perd son époux ou son épouse
		<p>Les pertes lors d'une institutionnalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tu perds ta maison - Ton appartement - Tu perds tes habitudes - Ils ont perdu leurs habitudes - Tu perds tes habitudes alimentaires - Tu perds des loisirs que tu aimais faire - Ils ont perdu leurs loisirs - Ils ont perdu leur vie d'avant - Ils ont perdu leur travail - La perte de liberté
	Caractéristiques des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Parce qu'ils sont peut être un peu plus vulnérables - Qu'ils sont plus vulnérables - Parfois ils sont vulnérables - Ils vont peut être moins s'opposer - Faut tenir en compte pleins de choses - Parce qu'ils ont leur expérience - Ses antécédents - Son passé - Son parcours - On prend toute son histoire de vie - Elle a quand même de toute son histoire - Toute l'histoire qui va avec - Toutes ses petites misères - Parce qu'on peut pas non plus les tromper d'une certaine façon - On ne prend pas qu'elle - On prend sa famille - On la prend dans sa globalité - Tu l'as prend au jour le jour
Evolution de la personnalité	<p>Facteurs contributifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De part ses expériences - De part les choses qu'on vit - Les douleurs de la vie - Les bonheurs de la vie - La personnalité évolue avec les maladies <p>Changement du caractère:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos caractères peuvent changer - La maladie va exacerber le trait de caractère - Dès fois il se potentialise 	

Les représentations du vieillissement	Evolution de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> - Ca peut exacerber des qualités ou des défauts <p>Maintien de certains traits de caractères:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il reste toujours un trait de caractère - Qui fait qui on ai - Mais soit il se lisse - Quelquefois t'as le fond de caractère qui est là <p>Difficultés d'accepter les changements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils le prennent très mal - Ils l'acceptent moins bien - Ils le font ressentir aux soignants <p>Attitudes soignantes mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - On est obligé d'arrondir les angles - On essaye de les appréhender au mieux - On les mets moins en difficultés - Qu'ils ressentent moins qu'ils deviennent dépendant - Notre but ce n'est pas de les enfoncer - Les tirer vers le haut - Maintenir au maximum leur capacités - Maintenir un minimum d'autonomie
	Ce à quoi l'être humain doit faire face avec le vieillissement	<p>Vécu pour les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca s'est compliqué - C'est très compliqué - Ca s'est compliqué pour eux <p>L'absence des proches:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs enfants ne sont pas forcément toujours présents - Leurs petits-enfants dont ils se sont occupés ne sont pas forcément là présent pour eux <p>L'acceptation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Savoir adapter son comportement face à des pertes - C'est tout un travail - Tu dois faire face à ça - Tu dois faire face aussi à ta fin de vie - C'est peut être aussi une préparation - Pour gérer sa propre mort derrière tout ça - Accepter la finitude de la vie - Que t'arrives à la fin de ta vie - Que c'est ta dernière maison - Que ta prochaine maison c'est le cimetière

Objectif 2 : Exposer les particularités et les essentiels d'une prise en soin en lieu de vie ainsi que les qualités requises pour les soignants

<p>Particularités et essentiels d'une prise en soin en lieu de vie</p>	<p>Le besoin d'être entouré</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Y a l'accompagnement - C'est l'accompagnement sur le long terme - L'accompagnement - L'accompagner pour faire - La présence au quotidien - La présence
	<p>Notre rôle propre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tout ce qui correspond à notre rôle propre - Après y a tout ce qui concerne l'écoute active - Le relationnel
	<p>Notre rôle prescrit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Y a aussi tout le côté médical - Ce qui est notre rôle sur prescription - Tout ce qui va avoir les prescriptions qu'on va mettre en place
	<p>Personnalisation des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Essayer de personnaliser les soins par rapport à chaque patient - C'est à nous d'avoir une attitude bien personnalisé - C'est vraiment personnaliser ses soins par rapport à chaque patient - Tu personnalises - Bien ciblée par rapport à chaque personne - Essayer de respecter ces habitudes - Faut vraiment s'adapter - Le lieu de vie idéal ça serait un lieu de vie où on respecte les habitudes - Si on pouvait respecter le rythme de chacun ça serait l'idéal - Respecter son rythme, ses besoins - Non pas faire à la place
	<p>Caractéristiques des lieux de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De la longue durée - La durée, on a des gens qui sont là pendant 6-7 ans - C'est très long - C'est peut être juste la durée d'hospitalisation qui change - On est sur de la longue durée - Mais après y a pas énormément de changement quelque part - Sinon ça change rien - T'as peut être pas énormément de différence
<p>Les qualités requises pour les soignants</p>	<p>La volonté</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faut avoir envie d'être là - Faut de la motivation
	<p>Qualités humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faut des qualités humaines - Les compétences essentielles pour moi c'est quand même l'humain - Faut être dans le bien-être - La bienveillance - Le prendre soin

Les qualités requises pour les soignants	Qualités humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Faut de la douceur - Le relationnel - Savoir être présent - Faut être dans l'empathie beaucoup - L'empathie - L'empathie - L'humour
	S'adapter en permanence	<ul style="list-style-type: none"> - Faut savoir s'adapter - Faut une grande adaptabilité - Faut savoir s'adapter par rapport à chacun - Savoir s'adapter - Une capacité d'adaptabilité - Beaucoup de flexibilité
	Être organisé	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut de l'organisation - Une capacité à se réorganiser à la minute en fonction des situations
	Distanciation	<ul style="list-style-type: none"> - La bonne distance - La bonne distance
	Observer	<ul style="list-style-type: none"> - Faut être observateur - Savoir observer - Savoir remarquer - Avoir un petit côté psychologue aussi - Savoir écouter
	Se contrôler	<ul style="list-style-type: none"> - Faut de la patience un peu - De la maîtrise de soi

Objectif 3: Aborder le vécu des soignants face à la relation de soin, exposer en quoi cette relation est spécifique auprès de la personne âgée, mettre en avant les comportements à avoir auprès de cette population dans une relation de soin et exprimer les enjeux de cette prise en soin pour le soignant et le soigné

Vécu des soignants face à la relation de soin	Bon vécu	<ul style="list-style-type: none"> - Je la vis bien cette relation - Je suis quelqu'un dans la relation - Je vais plus rechercher le contact avec les gens
	La base de cette relation de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Comme un échange - Comme un échange - C'est basé sur la confiance toujours - C'est basé sur l'écoute - C'est basé sur les explications
	Quelques freins	<ul style="list-style-type: none"> - Ce qui nous manque c'est le temps
	Projection des soignants	<ul style="list-style-type: none"> - J'aimerais bien qu'on prenne soin de moi comme je prends soin d'eux - J'aimerais bien que les gens soit avec mon papa comme je le suis avec mes patients - Est-ce que je voudrais qu'on fasse ça à telle vitesse? - Est-ce que je voudrais qu'on fasse telle chose comme ça?
Les comportements à mettre en avant	Attitudes adoptées	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter notre vocabulaire au sien - On va essayer de mettre ça avec des mots plus facile pour eux à comprendre - C'est aussi expliquer les choses - L'empathie toujours - Se mettre à sa hauteur - Peut être plus de délicatesse - Être à son écoute - Il faut faire attention - Faut rentrer en douceur dans le soin - C'est peut être diminuer la charge émotionnelle - Il faut savoir cadrer aussi dés fois les gens - T'as besoin de fixer des limites - Il faut être quelqu'un d'authentique - Il faut pas leur mentir - Si tu dis quelque chose, il faut le faire - Il faut tenir tes paroles - Tenir tes promesses - Il faut tenir ses promesses - Ses paroles - Le respect s'est très important - Savoir les respecter - Si tu les respectes tu tiendras ta parole - Par nos gestes de la vie quotidienne - Quelquefois juste un petit coucou par la porte - Une petite main sur la main - Une main sur l'épaule - Des petits gestes au quotidien

Les comportements à mettre en avant	Attitudes adoptées	<ul style="list-style-type: none"> - Des bonjours - Un petit sourire
	Prendre du temps	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir se poser avec elle - Il faut prendre du temps avec eux - C'est plus prendre du temps - Ils ont peut être besoin de plus de temps - Prendre le temps - C'est prendre le temps - Le soin faut le préparer - Faut le préparer
	Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Pour qu'elle puisse nous poser des questions - Qu'elle nous raconte ses petites misères - Pour être rassuré - Que le soin soit le moins difficile - Avoir la confiance - La confiance c'est quelque chose de très important
	Difficultés observées	<ul style="list-style-type: none"> - Dès fois il faut le reconnaître on a pas le temps - Peut être des soins qui correspond aussi à une perte d'autonomie - Ca peut être d'autant plus mal vécu par le patient
Enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie	Pour le soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'il y est une confiance en fait qui s'installe - Une confiance va permettre la réalisation des soins avec l'accord du patient - C'est souvent valorisant - C'est toujours valorisant - C'est valorisant - C'est toujours valorisant - Sentiment d'altruisme - Ca t'apporte énormément - Faire du bien aux autres - On veut faire le bien aux gens - On veut leur apporter quelque chose
	Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> - D'essayer de leur apporter une fin de vie le plus confortable possible - Du réconfort - Une aide psychologique - De l'humain - On l'apporte de l'humain - Apporter le plus d'attention possible par notre présence - Leur apporter le plus d'attention possible - Qu'ils se sentent le mieux possible - Qu'ils puissent dire à leurs enfants je me sens bien là - On remplace un petit peu leur famille - Pour qu'ils existent - Je pense d'exister - Cette attachement n'est pas forcément négatif parce que ça permet aussi au patient d'exister

Enjeux de la prise en soin dans un lieu de vie	Pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> - Y a cette existence - On existe dans le regard du soignant - On est pas seulement un patient à qui on vient faire une prise de sang - On est quelqu'un - Si on voit dans le regard ou dans les gestes du soignant bah qu'il y est une confiance ou un attachement qui s'est mis en place c'est qu'on existe toujours
	La naissance d'une relation de confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Y a cette confiance - Ca passe par l'écoute active - Par la présence
	Ce qui découle de la relation de confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Va y avoir finalement un attachement involontaire qui va se créer - L'attachement se met en place en fait finalement même involontairement - Si une confiance s'installe où s'instaure ça veut dire qu'il va être plus à même à accepter certains soins - L'attachement se met en place en fait finalement même involontairement - Je pense involontairement y a un attachement qui se crée - S'ils peuvent se libérer et dire les choses c'est si jamais y a la confiance - Quelqu'un ne va pas se mettre à parler s'il n'y a pas de confiance non plus

Objectif 4: Comprendre comment l'attachement peut se créer en lieu de vie, les incidences qu'il peut avoir sur les protagonistes, ce qu'évoque la juste distance professionnelle et aborder les émotions ressenties par les soignants et la manière dont ils y font face

La notion de l'attachement	Lieu où il y a le plus d'attachement	<ul style="list-style-type: none"> - C'est arrivé quand je faisais les soins à domicile - Peut être en pédiatrie - Avec mes petits patients de pédiatrie
	La vision de la société	<ul style="list-style-type: none"> - Après on va dire que c'est pas bien - C'est pas bien - C'est pas professionnel
	Pourquoi on s'attache plus en lieu de vie?	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un travail de relation humaine - La relation humaine elle passe forcément un peu par l'attachement - On a plus tendance à vouloir entrer en relation avec eux - Y a des gens à qui on accroche plus qu'avec d'autres - Là on va les accompagner jusqu'à la fin quand même - C'est là où ils vont finir leur vie - On connaît tellement bien leurs habitudes de vie - On les connaît tellement bien - Ils sont tout le temps - Tu les vois au quotidien - Tu les vois évoluer - Tu les vois perdre en autonomie - Cette durée là peut être justement - Cette durée - Ce côté vulnérable peut t'attendrir certainement - Et puis discuter avec eux - T'as envie de les connaître aussi - On rencontre les familles - On apprend sur leur vie - On apprend sur la vie de la famille - On rentre un petit peu dans leur intimité
	Instauration par étape	<ul style="list-style-type: none"> - L'attachement il se crée au départ - Il se creuse petit à petit avec la dépendance et la perte d'autonomie - Petit à petit cet attachement se crée au fil du temps - Peut être qu'ils se renforcent aussi quand ils ont plus besoin de nous
Les incidences de l'attachement	Sur le patient	<ul style="list-style-type: none"> - T'es un peu son point de repère - T'es un peu comme un pilier - Il va se rattacher à ce pilier là - Il va s'attacher qu'à cette personne et puis peut être moins aux autres - Si tu n'es pas là ça va pas le faire - Tu vas peut être devenir plus exclusif - Dès fois ils ne voient que par le soignant avec qui ils s'entendent - N'écouter que le soignant avec qui il y a de l'attachement

<p>Les incidences de l'attachement</p>	<p>Sur le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si il y a une influence du soignant - Si le soignant n'arrive pas à mettre entre guillemets c'est pas une barrière mais une certaine protection - Elle va peut être vouloir faire plaisir - Mettre en 2ème plan son souhait
	<p>Sur le soignant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - C'est valorisant un peu aussi - Ca te valorise - Tu peux pas toujours être dans l'empathie - Justement tu passes dans la sympathie - Plus sensibles à certaines situations - Tu deviens plus irascible avec certains comportements de tes collègues - Tu perds un petit peu ton esprit objectif - Tu n'es peut être plus tout à fait juste dans ton analyse des choses - C'est une mauvaise perception des choses - Une mauvaise analyse - Un mauvais positionnement - Ne plus avoir des prises de décision cohérentes ou lucides - On ne voit pas les choses comme les autres - Moins objectives - Ce sur-investissement permettrait de ne pas être objective dans nos prises de décision - Ca serait un petit peu déborder et envahir par cet attachement - L'attachement fait aussi que l'investissement peut être différent d'un patient à l'autre - Le soignant va s'investir peut être différemment par rapport à un patient lorsqu'il y a un attachement qui se met en place
<p>L'instauration d'une juste distance professionnelle</p>	<p>La juste distance professionnelle selon les soignants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - C'est réussir à créer cette relation avec le patient en gardant le côté humain - Faire attention que l'autre existe - Laisser libre parole - C'est l'empathie - Ne pas se mettre à la place du patient - C'est savoir s'occuper des gens - Être dans le prendre soin - Faut savoir prendre soin mais sans être dans la sympathie - C'est une belle théorie - On devrait traiter tous nos patient sur le même pied d'égalité - Ne pas s'attacher à nos résidents - Ne pas s'attacher - Ne pas avoir d'affect par rapport à nos patients - Rester vraiment très professionnel - Garder sa position de soignant - Se mettre sous cloche nous soignant - Se blinder

L'instauration d'une juste distance professionnelle	Avis des soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut la garder cette distance - Il faut une distance ça s'est sûr - Cette distance là elle est bonne - Il faudrait la garder - Oui il faut garder une bonne distance ça c'est sûr
	Façon dont elle s'installe	<ul style="list-style-type: none"> - La distance on l'a par rapport à notre blouse blanche - Par rapport aux vouvoiements - Au fait qu'on dise Mme/Mr - Puis qu'on a pas forcément le temps - On ne reste pas forcément grand temps dans les chambres - Savoir rester à notre place
	Intérêt de la maintenir	<ul style="list-style-type: none"> - Pour rester objectif - Pour qu'on est un regard le plus objectif - Qu'il ne soit pas perturbé - Pour ne pas influencer - Pour se protéger - Pour le patient aussis - Pour le protéger également - Pour qu'il fasse ses propres choix - Pour que le soigné puisse rester en fait le centre du soin - Laisser la place au soigné - Que chacun reste à sa place - Pour que chacun reste à sa place
	Difficultés à la maintenir	<ul style="list-style-type: none"> - En même temps cette frontière elle est extrêmement fine - En même temps bah elle est très très fine - Elle est très difficile finalement - Dans un lieu de vie cette distance est plus difficile - On a toujours tendance très vite à penser pour l'autre - Mais on ne peut pas rester insensible aux patients qu'on soigne - Après quand on est trop dans l'affect quelquefois on peut être mauvais - Tu ne peux pas ne pas t'intéresser à ton patient - Quelquefois on se retrouve dans une situation miroir - Quand tu te retrouves dans une situation miroir
	Importance de la garder	<ul style="list-style-type: none"> - La relation soignant-soigné est extrêmement importante pour la confiance - Que ce soit des soins en confiance - Des soins qui soient acceptable - Des soins qui soient plus facile en fait à supporter
	Garder une distance mais maintenir le côté humain	<ul style="list-style-type: none"> - Pour nos patients ça serait pas évident - Humainement dans ces cas-là il existerait pas en fait - Ils existeraient plus et ça serait une perte encore pour eux - Quelquefois être trop distant c'est pas mieux non plus - Pas qu'on devienne entre guillemets des machines en fait

<p>L'instauration d'une juste distance professionnelle</p>	<p>Garder une distance mais maintenir le côté humain</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si nos personnes âgées n'avaient que des automates de soins, des exécutantes de soins sans aucune humanité [...] je ne pense pas que ça le ferai - On prend les patients dans un lieu de vie dans leur globalité - On doit aussi avoir le côté humain - Donc faut aussi savoir se rapprocher un peu d'eux quand même - Y a comme une sorte de proximité
<p>Les soignants passent aux émotions</p>	<p>Les émotions ressenties</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La colère - Tu peux être en colère - La colère - Tu peux éprouver de la colère - La colère - Peut y avoir aussi de la colère - Tu peux être l'angoisse - L'angoisse - Tu peux avoir peur - La peine - La peine - La peine - Ya de la peine - La peine - Le chagrin - Ca passe également par la tristesse - De la tristesse - La joie - La joie - Y a de la joie - La joie - De la joie - Ils nous apportent des moments de rires - C'est des moments de joie - Le dégoût - Le dégoût - Toutes les émotions primaires - C'est tout le panel des émotions qu'on peut rencontrer dans la vie au final
	<p>Un transfert des émotions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - On arrive à avoir les sentiments que eux aussi peuvent sentir - Les sentiments qu'ils peuvent aussi avoir - Les mêmes émotions qu'eux - On ressent un peu les mêmes émotions qu'eux
	<p>Stratégies pour les gérer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - C'est de passer la main - Passer la main - Ne pas dépasser la frontière - Rester à sa place - Passer la main justement - Essayer de rester objective

Les soignants fassent aux émotions	Stratégies pour les gérer	<ul style="list-style-type: none"> - Essayer d'écouter également le point de vue des autres soignants - Essayer d'être attentif à ce que dit le résident - Ne pas interpréter pour que ça corresponde à ce qu'on a envie d'entendre - Faut souvent se dire que c'est pas à toi que c'est adressé, que c'est à ta blouse blanche, que c'est à ton métier - Faut savoir se protéger par rapport à ta profession - C'est ta théorie qui t'aide à savoir prendre la bonne distance - Que c'est pas à toi mais c'est à ta blouse blanche - La théorie - J'essaye de laisser ça au boulot - Faut savoir laisser aux vestiaires certaines choses
	Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Dès fois y a l'équipe qui va aussi t'aider - L'équipe qui est une bonne ressource - T'as des bonnes collègues - T'as la psychologue aussi qui peut t'aider - L'équipe - La psychologue

NOM : COCHET
PRÉNOM : Marie

TITRE : Quand vieillissement rime avec attachement

Abstract :

During my training, I carried out several traineeship in places of life care and thus experienced several situations of bond to the residents that I took care of, two individuals in particular that I have detailed in this thesis.

This is how my questioning began, specifically on the topic of bonding in life care environment, the impact that it can have on the care itself but also the limits to be put in place. From all these questions, my starting question was born: How can the bond that is created between the caregiver and the elderly person in a care environment influence daily care?

In order to answer this problem, I carried out research on aging, the specificity of life care environment, the caregiver-patient relationship, bond and emotions.

To enrich my work, I conducted three interviews. Two with nurses working in a USLD and one with a nurse working in an EHPAD.

These interviews allowed me in particular to know the views of caregivers concerning aging, the impact that bonding can have on caregivers and the elderly, but also to ensure the right professional distance is considered.

In conclusion, this dissertation allowed me to answer my questions, particularly my initial question, but also to generate new thoughts. Indeed, new questions with regards to the appropriate professional distance have emerged from this research work.

Résumé :

Au cours de ma formation, j'ai réalisé plusieurs stages au sein de lieux de vie et ainsi j'ai vécu plusieurs situations d'attachement auprès des résidents que je prenais en soin, plus particulièrement deux que j'ai détaillé dans ce mémoire.

C'est ainsi que mon questionnement a commencé notamment sur la place de l'attachement dans les lieux de vie, l'impact que ce dernier peut avoir dans les soins mais aussi les limites à mettre en place. De toutes ces questions, est née ma question de départ : En quoi l'attachement qui se crée entre le soignant et la personne âgée au sein d'un lieu de vie peut-il influencer la prise en soin quotidienne?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai réalisé des recherches concernant le vieillissement, la particularité des lieux de vie, la relation soignant-soigné, l'attachement ainsi que les émotions.

Dans le but d'enrichir mon travail, j'ai réalisé trois entretiens auprès de deux infirmières travaillant en USLD et une infirmière travaillant en EHPAD.

Ces entretiens m'ont permis notamment de connaître les représentations des soignants concernant le vieillissement, l'incidence que l'attachement peut avoir sur les soignants et les personnes âgées mais aussi d'aborder la juste distance professionnelle.

Pour conclure, ce mémoire m'a permis de répondre à mes questionnements, notamment concernant ma question de départ, mais également de faire naître de nouvelles réflexions. En effet, de nouveaux questionnements concernant la juste distance-professionnelle ont émergé de ce travail de recherche.

Key Words : Bond, Caregiver patient-relationship , Aging, Places of life care , Emotions

Mots clés : Attachement, Relation soignant-soigné, Vieillissement, Lieux de vie, Émotions

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Pôle de Formation des Professionnels de Santé - CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes
Travail écrit de fin d'études - Année de formation : 2019 - 2022