



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

A la recherche de la juste distance dans la relation soignant soigné



Laurent, C. (2019). *LE CONSENTEMENT AUX SOINS AU CŒUR DE L'ACCOMPAGNEMENT.*

U.E 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

U.E 6.2 S6 : Anglais

Formateur référent :
Virginie FORTIN

Présenté et soutenu par
Elisa LANOE
Promotion 2019-2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier.

Travaux de fin d'études :

A la recherche de la juste distance dans la relation soignant-soigné

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 d'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

Signature de l'étudiant :

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

Je tiens à présenter mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de ce travail de recherche, et tout particulièrement :

Je remercie mon cercle familial, et surtout ma maman, qui m'a accompagnée et épaulée depuis le début de ce travail, notamment dans les moments difficiles. Je leur suis reconnaissante pour leur relecture, leurs corrections et leurs avis.

Je remercie mes amies de l'IFSI pour leur soutien, accompagnement et participation aux nombreuses relectures de cet écrit.

Je remercie les formateurs de l'IFSI, pour leur présence et leur écoute au cours de ces trois années, particulièrement ma référente pédagogique.

Je remercie les infirmières d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, et de leur investissement dans cette investigation.

Et enfin, je remercie tout spécialement ma référente de mémoire, pour son soutien, ses conseils, elle m'a suivie et aiguillée tout au long de mon travail. Elle a répondu à mes interrogations, et a su valoriser mon projet ainsi que mes capacités. J'ai apprécié l'intérêt porté à mon écrit et les avis constructifs.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. Situation d'appel pour aller vers la question de départ	3
2.1 Présentation de la situation de départ	3
2.2 Emergence d'une question de départ	6
3. Le cadre conceptuel	7
3.1 Le contexte par rapport à la situation	7
3.1.1 Les troubles psychiatriques	7
3.1.2 Les États Limites : Borderline	8
3.2 La juste distance avec les patients	9
3.2.1 Les différents types de distance	10
3.2.1.1 Et lorsque soignant-soigné ont le même âge	12
3.2.2 L'influence des émotions	12
3.3 En quoi les infirmier(e)s influencent sur le prendre en soins	13
3.3.1 La relation	13
3.3.2 Positionnement professionnel	14
4. Méthodologie du recueil de données	15
4.1 Méthode de l'entretien	15
4.2 Population interviewée	15
4.3 Organisation de l'entretien	15
4.4 Objectifs de l'entretien	15
4.5 Bilan du dispositif : points forts et limites	16
5. Analyse descriptive des entretiens	16
6. Discussion	18
6.1 Les troubles de la personnalité	18
6.2 La juste distance professionnelle	19
6.3 Le prendre soin d'un patient de même âge, et ce que cela provoque	20
6.4 Ré-ajustement de la question de départ	21
7. CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE	24
ANNEXE I Le guide d'entretien	26
ANNEXE II La retranscription IDE 1	28
ANNEXE III La retranscription IDE 2	32
ANNEXE IV Les tableaux d'analyse	35

CITATION

« Entre Ce que je pense
Ce que je veux dire
Ce que je crois dire
Ce que je dis
Ce que vous avez envie d'entendre
Ce que vous croyez entendre
Ce que vous entendez
Ce que vous avez envie de comprendre
Ce que vous croyez comprendre
Ce que vous comprenez
Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.
Mais essayons quand même... »

Werber, B. (2001). Le Père de nos pères. Le Livre de Poche.

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI), en lien avec les Unités d'Enseignement 3.4 « Initiation à la démarche de recherche » et 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles » et mettant en pratique les compétences 7 « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle » et 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques » du référentiel infirmier, j'ai pour objectif de développer ma réflexion autour d'un sujet choisi, et qui me questionne.

Petite fille, je ne m'imaginai pas infirmière comme beaucoup de mes copines. En grandissant, j'avais pour ambition de devenir vétérinaire, puis architecte, coiffeuse, artiste... je voulais tout faire. En arrivant au lycée j'ai opté pour un BAC ST2S (Sciences et Technologies de la Santé et du Social), et à partir de cette période, j'ai décidé de devenir infirmière. C'était irrévocable. Dans un premier temps, j'ai tenté des concours, dans différents départements, qui n'ont pas aboutis. J'ai dû patienter, et attendre une année pour accéder à la plateforme Parcoursup afin de tenter ma chance à nouveau, et d'intégrer un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). J'ai profité de cette année sabbatique pour m'investir dans une mission de Service Civique au sein du SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours). Pendant ces 8 mois (durée de la mission), j'ai obtenu, **dans un premier temps**, plusieurs diplômes divers et variés, tels que : Prévention et Secours Civique numéro un, Prévention Secours en Equipe numéro un, et deux, Formation incendie, Formation extincteur, etc... **Dans un second temps**, ce service m'a redonné confiance en moi, en effet, la caserne où j'étais affectée, me laissait beaucoup de responsabilités, et je me sentais utile. Les missions principales de ce service civique étaient : Participer aux manifestations départementales, en présence de publics (journée de la sécurité intérieure, commémorations, forums des métiers, portes ouvertes des casernes...); Sensibiliser les élèves de CM1 et CM2, aux dangers et aux gestes de secours; Former le plus grand nombre aux gestes qui sauvent, avec les sapeurs-pompiers; Mettre en œuvre la politique de prévention des accidents de la vie courante du SDIS 44 (incendies, accidents domestiques); Participer aux opérations de secours aux personnes.

En parallèle, j'ai participé à une préparation à l'entrée en IFSI d'une durée de 6 mois. Grâce à cette formation, j'ai ainsi conservé un rythme scolaire, de plus, je bénéficiais de cours sur l'anatomie, la santé et ainsi que des calculs afin de maintenir le niveau déjà acquis grâce à mes études. J'ai également bénéficié d'un accompagnement lors de l'inscription sur Parcoursup. En effet, les

formateurs ont su nous orienter et nous accompagner dans cette démarche, qui, il y a trois ans maintenant, était nouvelle pour tout le monde.

Bien sûr, la route n'a pas été toute tracée, il y a eu des moments forts et d'autres un peu moins, mais avec de la persévérance j'ai l'intime conviction que cela peut se réaliser. A ce jour, en tant que femme, je me sens fière de pouvoir pratiquer cette profession et les valeurs qu'elle représente.

C'est donc à l'approche de la fin de ces trois années d'étude au sein de l'IFSI de Rennes, et après une réflexion approfondie, que j'ai choisi de vous présenter un sujet qui me questionne depuis le début de ma formation. En effet, pendant mes stages, j'ai eu l'occasion d'apprécier l'importance du rôle de l'infirmier dans la prise en soin d'un patient. Tant au niveau de la technique, que de l'accompagnement, de l'écoute, du relationnel, et beaucoup d'autres compétences que peuvent avoir les professionnels de la santé. J'ai également eu la possibilité de constater l'importance des distances entre soignants et soignés. Effectivement, lors de mes débuts dans la formation, il m'est parfois arrivée, de "trop" m'attacher à des résidents ou des patients. Sans jamais vouloir leur manquer de respect, j'ai vraisemblablement dû me montrer familière avec eux, probablement en raison de l'âge (notamment lorsqu'il est proche du mien). C'est pourquoi j'en suis venue au fait de vouloir parler de l'importance de la juste distance dans la relation soignant soigné avec des patients qui ont des Troubles de la Personnalité Borderline (TPB). En effet, durant mes stages et mon expérience personnelle, j'ai constaté que tous les professionnels étaient confrontés à cette distance.

Dans un premier temps, je vous exposerai une situation vécue lors d'un stage, et qui m'a conduit à une réflexion personnelle.

Dans un second temps, grâce aux différentes lectures et recherches effectuées je vous présenterai mon cadre conceptuel, en commençant par le contexte de la recherche, puis la juste distance professionnelle et enfin, en quoi les infirmiers influent sur le prendre soin.

Dans un troisième temps, je vous commenterai mon dispositif méthodologique.

Dans un quatrième temps je vous proposerai une analyse des mes entretiens.

Enfin, je vous parlerai de la discussion.

2. Situation d'appel pour aller vers la question de départ

2.1 Présentation de la situation d'appel

La situation que j'ai choisi de décrire dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'année est une situation rencontrée, lors de mon quatrième stage, au cours du troisième semestre.

Ce stage se déroule dans un service d'admission en psychiatrie. C'est une situation qui m'a particulièrement marquée. J'ai éprouvé quelques difficultés à m'en détacher, c'est pourquoi il m'a semblé important de vous présenter cette dernière afin d'apporter des réponses à ma réflexion.

Nous sommes lors de la dernière semaine de stage et j'ai plusieurs patients à ma charge, dont Madame L. Je me sens en confiance dans le service (et les infirmiers me laissent beaucoup travailler en autonomie). De plus, je doute de moins en moins de mes capacités relationnelles avec les patients présentant différents troubles psychiatriques.

Madame L, est une patiente qui vient pour des TPB (Troubles de la Personnalité Borderline). Ces troubles sont caractérisés par une impulsivité majeure et une instabilité marquée d'émotions, de relations interpersonnelles et de l'image de soi. De plus, Mme L souffre également de TCA (Trouble du Comportement Alimentaire). Ce trouble se manifeste par des conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par les personnes vivant dans le même environnement. Ces troubles sont importants, durables et ont des répercussions psychologiques et physiques. Mme L est hospitalisée en Soins Libres depuis Janvier 2021.

Les transmissions du matin sont : Madame L a bénéficié d'un entretien avec la psychiatre et maintenant elle accepte de manger à nouveau, suite à un arrêt brutal de 48 heures, pour cause d'une prise de douze kilogrammes en trois mois. Après cela, un contrat alimentaire est mis en place par la nutritionniste ; et est signé par la patiente, et le personnel infirmiers de l'équipe.

L'après-midi se déroule normalement, les transmissions dans un premier temps, puis un tour de l'unité, ensuite la préparation du goûter et enfin la distribution des traitements.

Vers 18h, Madame L revient d'une sortie avec deux amies (qui sont actuellement hospitalisées dans d'autres unités pour des raisons quasiment similaires). Dès son retour, la patiente demande un entretien avec un soignant. Étant la seule disponible à ce moment-là et voyant que cela avait l'air important pour Madame L, je me propose de l'accompagner dans sa chambre pour réaliser l'entretien. La patiente qui se sent en confiance avec moi, malgré une promiscuité de nos âges, commence directement à me parler de sa sortie.

Elle devait voir ses deux amies dans le but de se poser, et de discuter pour se changer les idées étant donné qu'elles traversent les mêmes problématiques et, par conséquent, elles rencontrent les mêmes difficultés.

Le problème étant que, les deux filles n'avaient pas les mêmes objectifs, leur but était de faire un maximum de tours de terrain pour essayer de perdre le plus de poids possible. Ensuite, les filles ont commencé à comparer leur corps et semblaient fières de dire qu'elles étaient "minces" comparées à Madame L.

Celle-ci se sentait jugée et humiliée par ses deux amies et aurait même été insultée de "grosse". La patiente a également été mise à mal par les conversations concernant des techniques pour se faire vomir. Madame L me dit avoir su réagir dans le sens où elle a compris qu'elle ne se sentait pas à sa place et que c'est pour cela qu'elle était rentrée dans l'unité plus tôt. J'ai directement valorisé Madame L sur la réaction qu'elle a eu ; ce qui l'a rassurée et ce qui a contribué à améliorer notre relation soignant soigné.

En effet, grâce à la valorisation, la patiente s'est sentie bien écoutée et plus en confiance à tel point que Madame L a continué de me parler et m'a raconté également comment elle a vécu son anorexie dans les années passées. Elle me confie également qu'elle ne souhaite pas non plus "retomber" dedans, même si elle ajoute que c'est plus facile pour elle de se laisser aller plutôt que de lutter. Madame L ajoute également avoir été "traumatisée" par la sonde naso-gastrique lorsqu'elle était en phase anorexique. Elle évoque également le dégoût de son corps et la volonté de lui faire du mal (qu'elle a scénarisé par des scarifications).

Madame L se sent rassurée et en sécurité par le fait de n'avoir aucun objet contondant vers elle et se sent plus en confiance d'être entourée de professionnels. Lors de l'entretien, la patiente est accessible à la réassurance mais reste pour autant angoissée. En accord avec les infirmiers et conformément à la prescription médicale, j'ai donné un traitement anxiolytique en si besoin à la patiente.

Pendant l'entretien, j'ai laissé la jeune femme parler et me raconter ce qu'elle avait besoin d'exprimer. Parfois, je reformulais ce qu'elle venait de me dire afin de creuser un peu plus. Le but étant d'obtenir le maximum de détails. Je l'ai aussi valorisée à certains moments de la conversation afin de lui redonner confiance en elle. J'ai essayé de lui donner quelques conseils, mais je ne me sentais pas à l'aise avec la situation.

Le lendemain après l'entretien, Madame L est venue me voir et m'a confié que cela lui avait procuré beaucoup de bien, d'échanger sur ses problèmes avec une soignante, quasiment du même âge, et qu'elle s'était sentie mieux comprise que par quelqu'un de plus âgé.

En revanche, pendant ce temps d'échange, je n'ai pas réussi à adopter une proxémie adaptée, je craignais de m'asseoir près d'elle. Cela m'aurait ennuyée qu'elle interprète cette action d'une

mauvaise manière, c'est-à-dire de manière trop proche / amicale et donc non professionnelle. Je suis alors restée debout face au lit dans un premier temps, et par la suite je me suis assise sur une chaise qui était à côté. Cependant, je ne me sentais pas à l'aise d'être debout face à elle. J'avais l'impression de créer une barrière entre nous et que cela pouvait bloquer la conversation.

2.2 Emergence d'une question de départ

Cette situation vécue a éveillé ma réflexion, et s'en est suivi un questionnement. En effet, j'ai été interpellée par cette expérience, et tout cela m'a amené à m'interroger sur différents points tels que :

- Comment mettre en place une communication lorsque la patiente ne répond pas ?
- Est-ce que la patiente ne voulait pas me répondre car j'étais trop jeune ?
- Est-ce que l'âge ou le sexe influence la relation soignant soigné ?
- Est-ce que la patiente interprétait correctement ce que je voulais lui dire ?
- Est-ce que si je m'étais rapprochée plus cela aurait aidé ? ou l'inverse ?
- Pourquoi n'ai-je pas osé m'asseoir sur le lit à côté de la patiente pour discuter ?
- Peut-on soigner sans engager une part de soi-même ?
- En quoi la mise en place de la distance professionnelle influence-t-elle la relation soignant soigné ?

Ce questionnement est lié à ma situation, mais également à mon ressenti, et surtout à mon vécu de la chose. Sur le moment, je ne me suis pas autant questionnée sur l'entretien que je venais de réaliser. C'est le soir même, en y repensant, que j'ai commencé ma réflexion. Suite à cela, j'ai voulu trouver une problématique qui pouvait englober toute ma réflexion, et c'est pourquoi, ma question de départ sera : **En quoi la juste distance professionnelle influence-t-elle le prendre soin d'un patient du même âge souffrant de troubles borderline ?**

3. Le cadre conceptuel

3.1 Le contexte par rapport à la situation

3.1.1 Les troubles psychiatriques

Pour commencer, la psychiatrie est une discipline médicale traitant les maladies mentales. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la santé mentale est un « état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». (s. d.)

Les origines des troubles psychologiques sont de tous genres, de toutes origines, et celles-ci entraînent également des symptomatologies différentes. Ces symptômes se caractérisent le plus souvent, par des combinaisons de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui. Selon deux essais écrits par Sigmund Freud, « La névrose est faite de symptômes dont la fonction est d'éviter la rencontre avec des pensées dérangeantes, donc de préserver le refoulement de pulsions inacceptables pour le moi des sujets ». (1998, p. 17-27).

La plupart du temps, le patient est conscient de ce qu'il ressent. Dans les troubles névrotiques, on retrouve : les phobies, les troubles obsessionnels du comportement, les troubles du comportement alimentaire. Toujours, selon Freud : « La psychose quant à elle, est le fait pour un sujet d'échapper à des contraintes contextuelles inacceptables ou impossibles à intégrer en créant une nouvelle réalité qu'il est le seul à percevoir et qui le protège tout en l'enfermant. » (1998, p. 17-27). Dans ce cas présent, le patient n'est pas forcément conscient de sa psychose.

Les principaux troubles psychiatriques (Névrose et/ou Psychose) sont :

- La dépression ;
- La bipolarité ;
- La schizophrénie et autres ;
- La démence ;
- Les troubles du développement (autisme) ;
- Les troubles du comportement alimentaire (TCA) ;
- Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ;
- Borderline ;
- Etc...

(Principaux troubles psychiques, s. d.)

A noter que le trouble Borderline n'est considéré, ni comme une psychose, ni comme une névrose. Les troubles psychiatriques peuvent affecter tout le monde, sans distinction de sexe et d'âge. De plus, un européen sur quatre peut être touché par des troubles psychiques au cours de sa vie (OMS, Novembre 2019).

Néanmoins, certains facteurs peuvent plus ou moins "déclencher" des maladies mentales. En effet, nos qualités individuelles (comme notre aptitude à gérer nos émotions), ou encore, les facteurs socio-culturels, économiques et environnementaux (comme le niveau de vie, les conditions de travail...) jouent un rôle dans la stabilité de nos vies (OMS, Novembre 2019). Les personnes vivant avec des pathologies psychiatriques peuvent être amenées à être hospitalisées au cours de leur vie, dans un but thérapeutique ; et/ou lorsque qu'une décompensation apparaît et que le patient devient un danger pour lui-même et pour autrui. (OMS, Novembre 2019).

Il existe différents modes d'hospitalisation en fonction du patient, de son choix, et du contexte d'hospitalisation :

- SPL = Soins en Psychiatrie Libre
- SPPI = Soins en Psychiatrie avec un Péril Imminent
- SPDT = Soins en Psychiatrie à la Demande d'un Tiers
- SPDRE = Soins en Psychiatrie à la Demande d'un Représentant de l'Etat
- SPDTU = Soins en Psychiatrie à la Demande d'un Tiers Urgent

(Les modes d'hospitalisation en soins psychiatriques - Secteur de soins infirmiers, 2019)

Le contexte d'hospitalisation a son importance dans la façon d'aborder une relation avec les patients. En effet, si le patient est hospitalisé en soins libres la relation soignant soigné peut se faire simplement et naturellement contrairement à un patient qui est hospitalisé sous contrainte, la relation se fera différemment, et risque d'être plus délicate à aborder. Parmi les différents troubles de la psychose et de la névrose, il semble essentiel de s'intéresser à celui qui ne dépend pas de ces deux pathologies.

3.1.2 Les États Limites : Borderline

D'après le livret d'informations des Hôpitaux de Toulouse, le mot **borderline** signifie « à la limite ». Il a été utilisé car le trouble était, à l'origine, considéré comme "à la limite" entre la névrose et la psychose. Actuellement, les auteurs qui ont rédigé le livret, s'accordent à dire que c'est une maladie clairement définie. Vous entendrez aussi parler d'état limite. Pour compléter cette définition, Guelfi, J.-D. et al, considèrent que les personnes souffrant de troubles borderline sont identifiées par : « une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. » (Juin 2017, p. 24-33). Quant à Oana Boriceanu, elle écrit que les patients TPB sont des patients considérés comme "difficiles". En effet, ils amèneraient les cliniciens à se confronter avec leurs propres limites en tant que professionnel et en tant qu'humain. Instaurer un cadre est donc élémentaire mais malgré tout, il faut réussir à garder une certaine souplesse dans la relation thérapeutique. Il faut donc adapter en permanence le cadre (Avril 2005, p. 41). Bourgeois, D. complète en ajoutant que la prise en charge des patients TPB est particulière, « Ils sont cliniquement polymorphes donc trompeurs. » (Juin 2017, p. 40-45). Pour continuer, Guelfi, J.-D. et al, ajoutent que les adolescents et les jeunes adultes, rencontrant des problèmes d'identité seraient un facteur favorisant pour développer des troubles de type Borderline. Cela serait majoré si ces adolescents et jeunes adultes avaient consommé des drogues diverses. (Juin 2017, p. 24-33). Les auteurs montrent que les patients présentant des TPB souffrent d'une instabilité émotionnelle. Celle-ci peut être le point de départ du diagnostic, ou encore un des symptômes majeurs de cette pathologie. L'évolution des troubles de la personnalité Borderline est très variable, Guelfi, J.-D., Cailhol, L., Robin, M., & Lalas, C. constatent une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes de pertes de contrôles des affects (Juin 2017, p 24-33). Les symptômes principaux des patients souffrant des TPB sont : des angoisses, des dépressions et également des signes névrotiques et psychotiques selon Morasz, L. (Avril 2005, p. 36-38) et Bourgeois, D. (Juin 2017, p. 40-45).

La prise en soin des patients avec des troubles de la personnalité borderline étant particulière, il est important de déterminer les **différentes distances** envisageables pour une relation soignant soigné adaptée.

3.2 La juste distance avec les patients

D'après le dictionnaire le Larousse, la distance c'est : « un intervalle, un espace qui sépare deux ou plusieurs personnes » (s. d.). Toujours selon le Larousse, la distance c'est également : « un écart, une différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités, etc... » (s. d.). Et selon les recherches de la Croix Rouge de Suisse en 2018, trouver une juste distance avec les patients est délicat, car il s'agit de créer une relation humaine avec toutes les émotions que cela peut générer. A la suite, ils ajoutent que cela permet de se protéger, en tant que soignant, mais aussi le patient. La Croix Rouge de Suisse complète :

En effet, une trop grande distance ou une relation « froide » peut impliquer une prise en charge moins efficace. A l'inverse, trop de proximité peut générer un surinvestissement de la part du soignant qui peut avoir des séquelles à la fois sur son propre état de santé (stress et épuisement) et sur son patient. (2018).

Toujours selon la Croix Rouge de Suisse : « La seule règle est d'adapter son attitude aux différentes situations rencontrées, car la relation soignant soigné dépend de nombreux facteurs : les sensibilités, vécus, habitudes et limites des deux personnes, ainsi que le contexte des soins » (2018).

Une juste distance avec le patient, oui, mais alors, quel type de **distance**, et dans quelle circonstance. Il semble essentiel d'aborder ce point.

3.2.1 Les différents types de distance

D'après Tudi Goze :

Entre juste présence et bonne distance, comment penser la relation soignante ? concept que l'on voit partout et qu'on nous rabâche. Ce que l'on peut au moins dire, de prime abord, c'est que ce n'est ni trop près, ni trop loin, et qu'il ne s'agit pas d'une distance mesurable. (Janvier 2019, p. 25).

En effet, comment, en tant que professionnel de la santé, la distance impacte, ou peut impacter une relation soignant soigné ? La relation soignant soigné, et la juste distance sont des notions de base que nous enseigne la formation pendant ces trois années. En revanche, il est parfois compliqué, selon le contexte, de savoir garder ses distances et de gérer ses émotions. En outre, comme l'explique

Dominique Friard, la relation implique de se protéger, ou de protéger le patient. A ce moment-là, la distance peut être utilisée comme une protection (Janvier 2019, p. 20).

D'après les recherches de l'American Anthropologist Edward T. Hall, définit la proxémie comme : Un ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres. Les résultats de ces observations suivantes ont été établis avec un groupe de Sujets américains (*pour les français, la distance est réduite*) :

→ **La distance intime** (entre 15 et 45 cm) :

C'est la zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé. Elle permet l'entrée d'autres canaux sensoriels comme la perception olfactive, le repérage du rythme respiratoire, etc...

→ **La distance personnelle** (entre 45 et 135 cm) :

Elle est utilisée dans les conversations particulières. La tonalité de la voix change. Il devient possible de toucher et d'être touché.

→ **La distance sociale** (entre 1,20 et 3,70 m) :

Elle est utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail. La communication est simplement verbale avec seulement un contact visuel.

→ **La distance publique** (supérieure à 3,70 m) :

Elle est utilisée lorsqu'on parle à des grands groupes. C'est un échange éloigné. On ne voit pas les détails du visage, et il y a peu d'interaction. La communication n'est que verbale.

(Edward T. Hall, 1971, p. 142-160)

Chacune de ces 4 distances peuvent être à la fois proches ou lointaines. Des facteurs tels que l'intonation de la voix peuvent influencer ces deux modes, par exemple, lorsque nous chuchotons, c'est pour des interlocuteurs considérés comme "proches". Alors que, lorsque nous crions, c'est pour des interlocuteurs considérés comme "loin" (Edward T. Hall, 1971, p. 142-160). D'après Tudi Goze « La bonne distance dans le traitement des maladies mentales est déterminée parce qu'on a l'habitude d'appeler un positionnement professionnel. Ce qui est en fait une position subjective, une position éthique qui se soutient d'un désir et d'un savoir. » (Janvier 2019, p. 25). C'est le savoir qui permet de tenir la distance. Autrement dit, la bonne distance c'est le concept. (Tudi Goze, Janvier 2019, p. 25)

La distance entre soignant et soigné n'est pas prescrite dans un code de déontologie ou de bonne conduite. Dans certaines situations, les soignants peuvent ne pas réussir à tenir cette "juste distance", il arrive alors que certain(e)s infirmier(e)s n'aient pas conscience qu'ils ont franchi cette limite. (Alain Frobert, Septembre 2005, p. 50). Alain Frobert explique qu'en psychiatrie (comme dans toute relation professionnelle), instaurer un cadre est nécessaire pour préserver une "juste distance" (2005). L'auteur complète sa pensée : « Croire qu'il serait possible d'instaurer un cadre rigoureux qui assurerait "la bonne distance" et pallier tout risque de dérive relèverait de l'illusion » (Alain Frobert, Septembre 2005, p.50). Une Infirmière diplômée d'Etat (IDE) se doit de reconnaître dans quelle intimité un soin peut s'effectuer, cela implique aussi de s'adresser aux malades en les distinguant par leur nom propre sans oublier de préciser (le titre de civilité) Madame, Monsieur. Ces désignations excluent la familiarité - la proximité, parfois insultante, dans laquelle les vieillards sont souvent appelés pépé ou mémé. (Alain Frobert, Septembre 2005, p. 50).

Les auteurs illustrent ici les différentes distances, et comment se les approprier pour garder une distance **professionnelle**. Il semble important d'éclaircir sur un point précis : lorsque deux soignants ont le même âge.

3.2.1.1 Et lorsque soignant-soigné ont le même âge

Alain Frobert met en avant, que pour les soignants, le risque est de s'identifier à la souffrance de l'autre. D'autant plus pour les jeunes étudiants qui font leur premier stage en psychiatrie. Ils débarquent dans un nouveau monde qui leur est inconnu. Ces jeunes stagiaires sont "sans repère, sans boussole" et ils seront irrésistiblement attirés parce qu'ils semblent reconnaître, comme des patients de leur âge (Septembre 2005, p. 55) ; l'auteur continue :

Pris entre le désir de guérir et le déni de la pathologie mentale, arguant de leur proximité pour s'identifier "ce pourrait être moi" - ils seront englués dans une relation imaginaire comme sur un terrain mouvant où il ne sert à rien de s'agiter, sinon à s'enfoncer.

(Septembre 2005, p. 55)

Dans la relation de civilité, il existe deux modalités d'échanges "normales", le tutoiement et le vouvoiement. Le tutoiement est réservé pour les relations dites proches (familiales, amicales), ou encore entre pairs (même âge, collègue de travail, même hiérarchie). Tandis que le vouvoiement, lui, est réservé pour les signes de politesse (éloignement professionnel, respect d'une différence d'âge ou de hiérarchie). Dans certaines situations, le vouvoiement aide à se positionner, notamment dans le

soin, cela préserve l'égalité des soins. (Julie ou l'aventure de la juste distance - Prayez - Ed. Lamarre - 2006, p. 169).

D'après les recherches, il est vrai, qu'en tant que jeune soignant, c'est plus délicat de prendre soin des jeunes patients. D'autant plus, qu'en tant que soignant, quelle place peut-on, ou doit-on laisser à nos **émotions**. Il est important de voir l'impact qu'ils ont dans cette relation.

3.2.2 L'influence des émotions

D'après le dictionnaire le Larousse : « l'émotion est une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. » (s. d.)
Dominique Friard, dit :

Être présent à l'autre implique de ressentir en partie ses émotions, de les laisser nous pénétrer, de les transformer (...) et de les lui restituer d'une façon qui soit pour lui (et pour nous) acceptable. On ne peut pas y parvenir en se blindant, en tenant à distance nos propres affects.

(Janvier 2019, p. 21).

D'après le psychologue, les émotions vont de pairs, mais peuvent être dissociées, notamment en raison des contraintes sociales, on peut par exemple être triste et le masquer. (Dominique Friard, Janvier 2019, p. 21). Martin Desseilles, Moïra Mikolajczak expliquent que les émotions ne sont pas des réponses spécifiques à des situations uniques. Elles participent à la création d'une réponse organisée (Janvier 2019, p. 38). Selon Ahmed Benaïche, les émotions fortes : "faut pas les laisser à l'entrée de l'hôpital" (Janvier 2019, p. 44-49). L'infirmier continue en argumentant que cette notion est vue dès le début de la formation et que c'est une "stratégie défensive" (Janvier 2019, p. 44-49). Toujours selon le résumé du dossier par Ahmed Benaïche : Une recherche qualitative a été menée auprès des IDE ayant au moins trois années de pratique en psychiatrie, cette intervention envisage les processus observés en lien avec les peurs ressenties, selon que le patient est représenté comme "bon" ou "mauvais" et les conséquences directes en terme de présence clinique (mise à distance, corps à corps rapproché, angoisse transférentielle...) et donc, de l'impact sur le soin (Janvier 2019, p. 49).

Les émotions ont donc un impact sur notre prendre soin, mais également sur notre relation. Il semble inévitable de voir en quoi la **relation** soignant soigné **influence** sur le **prendre soin**.

3.3 En quoi les infirmier(e)s influencent sur le prendre en soins

3.3.1 La relation

D'après le dictionnaire le Larousse : « c'est l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent et communiquent entre elles » (s. d.). Margot Phaneuf, dans son ouvrage, nous explique que « Dans la société, nos rapports aux autres sont adoucis par une certaine affabilité faite de bienséance, de courtoisie et de gentillesse. En soins infirmiers, il faut y ajouter la serviabilité. L'ensemble des ces qualités se nomme la relation de civilité » (Phaneuf, 2011). Elle complète en expliquant que la relation soignante est plus particulière. En effet, l'auteure nous explique que cette relation :

Suppose la politesse d'une relation de civilité, la richesse d'une communication efficace et d'une relation fonctionnelle, et la création de liens privilégiés avec le client afin de susciter sa confiance. Il s'agit d'une véritable rencontre humaine entre une personne qui vit un problème de santé physique ou mentale et la soignante qui est à son écoute.

(Phaneuf, 2011).

Dominique Friard affirme que la relation fait partie intégrante du métier des soignants en psychiatrie, pourtant ce n'est pas quelque chose d'innée. On en vient à se demander comment peut-on soigner sans engager une part de soi-même, et comment adapter sa posture face à différents troubles. (Janvier 2019, p. 20). L'autrice, M. Phaneuf, nous explique que c'est cette relation qui permet de créer une alliance thérapeutique (2011). En outre, comme l'explique Dominique Friard, la relation implique de se protéger, ou de protéger le patient. A ce moment-là, la distance peut être utilisée comme une protection. (Janvier 2019, p. 20).

La relation a donc une réelle influence dans la prise en soin, mais comment, en tant que soignant intégrer un **positionnement professionnel** adapté ?

3.3.2 Positionnement professionnel

D'après Rachel Chamla : « le positionnement professionnel est un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini » (Chamla, 2010, p 70). D'après le résumé de Nicole Taliana, en psychiatrie, la relation peut mélanger l'intimité et le professionnel. Elle peut sembler "aller de soi", mais également devenir inquiétante, voire imprévisible et ingérable. Le soignant peut être pris "à son corps défendant" dans un lien de proximité ou/et de rejet qui le déborde et l'intruse au point d'en perdre sa "boussole professionnelle" (Janvier 2019, p. 65). Selon Jean-Marc Randin, « Chercher à être le plus neutre possible, c'est compliqué, car inconsciemment nous présentons des micros mouvements du visage incontrôlables qui reflètent notre état d'être réel et qui sont perçus par notre vis à vis. » (Jean-Marc Randin - Janvier 2019, p. 30). Michel Miazza, démontre, contrairement à d'autres auteurs, qu'il est possible (dans ce métier de soignant) de travailler sans s'impliquer en tant que personne (Septembre 2005, p. 63). M. Miazza continue en expliquant : « qu'il faut s'accrocher à un rôle plutôt que de risquer de rencontrer l'autre de manière authentique. Car ces patients nous renvoient régulièrement à nos propres coins de folie. On peut, pour éviter cet effet miroir, s'enfermer dans les rapports très fonctionnels, aseptisés » (Septembre 2005, p. 63). Chaque professionnel pourra faire son maximum, il arrive forcément, à un moment de leur vie, selon le contexte, où le subconscient domine notre pensée. En effet, les professionnels se doivent, selon certaines situations, rester le plus neutre possible, il arrive que leur faciès les trahisse. (M. Miazza, Septembre 2005, p. 63).

4. Méthodologie du recueil de données

4.1 Méthode de l'entretien

Pour réaliser mes échanges avec les professionnelles, j'ai pensé qu'il était plus pertinent de tenir un entretien semi directif. En effet, cela m'a permis de poser des questions générales et ouvertes, et d'en rajouter si besoin au cours de l'entretien, grâce à des questions de relance (préalablement rédigées). Cela m'a également permis de créer un échange complet, constructif, et répondant à mes besoins. Grâce à ces dispositifs, les professionnelles interrogées sont plus libres dans leurs réponses.

(Cf. Guide d'entretien en Annexe I et les retranscriptions des entretiens sont en Annexe II et III)

4.2 Population interviewée

Pour moi, il me semblait nécessaire de réaliser au minimum deux interviews. Au vu de mes recherches, cela me semblait plus approprié, et plus complet de faire ceci, dans le but de recueillir différents points de vue et de pouvoir, par la suite, réaliser une analyse transversale. De plus, mon souhait était de confronter les idées des professionnelles interrogées. Concernant la population, j'ai sélectionné une infirmière avec plusieurs années d'expérience dans le domaine de la psychiatrie, et à l'inverse, une jeune diplômée avec peu d'expérience. De ce fait, je bénéficiais comme point commun le lieu d'exercice.

4.3 Organisation de l'entretien

Pour la recherche des professionnelles, j'ai pris l'initiative de me rapprocher d'une IDE qui est venue nous parler de son expérience dans le cadre d'un cours magistral à l'IFSI. Pour le second entretien, je me suis rapprochée de ma référente, qui m'a transmis des contacts de cadres en psychiatrie. J'ai eu la chance, au vu du contexte sanitaire, de pouvoir réaliser mes deux entretiens en présentiel, dans les services de chaque infirmière interviewée. J'avais déjà recueilli au préalable leurs consentements pour les enregistrer, et leurs avais également précisé que toutes les données seraient anonymisées. Pour l'enregistrement j'ai utilisé mon téléphone portable.

4.4 Objectifs de l'entretien

Au vu de mes attentes, je me suis fixée quatre grands objectifs.

Pour le premier, je voulais établir le profil des professionnelles de santé interrogées, à savoir, connaître leur année de diplôme, le nombre d'années d'expérience, mais aussi les formations qu'elles ont pu obtenir ou réaliser, et enfin leurs connaissances personnelles sur les troubles de la personnalité Borderline.

En second objectif je souhaitais comparer leurs manières de prendre en soin ces patients, et les difficultés rencontrées.

Pour le troisième objectif, il me semblait important que les infirmières m'expliquent ce qu'est pour elles, la "bonne distance professionnelle", et ce que cela implique.

Enfin, en dernier objectif, je souhaitais évoquer les relations soignant soigné et ce que cela implique, particulièrement en fonction de l'âge (proche ou éloigné, entre soignant et soigné).

4.5 Bilan du dispositif : Points forts et limites

Pour ma part, je n'ai pas rencontré de difficultés quant à la réalisation des mes entretiens. Pour réaliser les guides, j'ai posé les questions, qui semblaient, à mes yeux, essentielles pour compléter mes recherches. De plus, j'ai eu la chance, malgré le contexte sanitaire, de réaliser mes entretiens en présentiel. Je suis contente d'avoir eu l'occasion de pouvoir faire ceci. En effet je craignais de devoir les interviewer via le téléphone, ou la visioconférence, j'appréhendais que les réponses soit plus évasives. De plus, je suis reconnaissante auprès des professionnelles que j'ai interrogées, et de l'intérêt qu'elles ont porté à mes questions.

5. Analyse descriptive des entretiens (Cf. Annexe IV)

Dans un premier temps, mon intention était d'établir le profil des professionnelles de santé interrogées, c'est-à-dire, connaître leur année de diplôme, leur ancienneté dans cette profession, mais aussi les formations qu'elles ont pu bénéficier, ou réaliser, et enfin leurs connaissances personnelles sur les troubles de la personnalité Borderline.

Pour commencer j'ai opté d'interroger deux infirmières de psychiatrie dans des services similaires ; en revanche la première IDE (qu'on nommera IDE 1) a treize ans d'expérience tandis que la deuxième IDE (qu'on nommera IDE 2) a deux ans d'expérience. Cependant l'IDE 2 a un parcours de formation plus développé que l'IDE 1. En effet l'IDE 1, ne possède pas de diplôme universitaire ; alors que l'IDE 2 a une licence de philosophie, et un Master en éthique de la santé et bioéthique.

Au niveau des connaissances théoriques sur la pathologie les deux IDE répondent que pendant leurs études, "on ne voit pas, ou très peu de choses" concernant la pathologie Borderline. Pour elles, les connaissances viennent "petit à petit avec l'expérience" et "les situations vécues". Pour l'IDE 2 le sujet est encore un peu flou, comme elle le dit : "tendance aussi à me rapprocher de ses collègues qui ont plus d'expérience."

Les infirmières définissent ce trouble comme "un truc qu'on sait pas ou mettre", selon elles, on ne sait pas "si c'est psychose ou névrose". L'IDE 1 complète en disant que "ce sont des personnes très carencées" et "qui parfois induisent un peu le rejet". L'IDE 2 complète avec "ils peuvent être pas mal projectifs", "ils ont tendances à cliver les équipes", et enfin "ils jouent sur les émotions".

Dans un second temps, mon objectif était de comparer leur manière de prendre en soin ces patients, et les difficultés rencontrées.

Pour l'IDE 1, malgré la complexité de la prise en soins, elle sait ce qu'elle peut faire avec les patients ou non. Comme elle l'a précisé : "ne pas être trop proche du patient", "ne pas être trop impliqué", , en insistant bien sur "pas trop proche du patient". Elle connaît ses limites, et sait comment réagir face aux patients, il faut être : "la plus rassurante", "enveloppante quand il y a besoin", et "adapter notre contact". En effet pour l'IDE 1, bien que les patients soient plus complexes à prendre en charge car "on ne sait pas trop comment faire avec elle", la prise en soins paraît plus fluide et naturelle. Contrairement à l'IDE 2 qui est plus jeune, elle éprouve plus de difficultés dans cette prise en soin. Comme elle le dit pendant l'entretien : "tendance aussi à me rapporter pas mal à l'expérience des plus anciens".

Dans un troisième temps, il me semblait important que les infirmières m'expliquent ce qu'est pour elles, la "bonne distance professionnelle", et ce que cela implique.

En premier lieu, l'IDE 1 décrit ce qu'est, pour elle, la juste distance : "relation constructive avec le patient dans la compréhension, la compassion, l'accompagnement". Elle poursuit sur la juste distance en précisant que : "c'est difficile de mettre la bonne distance", "cela vient avec l'expérience", "c'est pas qu'en psychiatrie".

Pour l'IDE 2, cette distance professionnelle c'est : "ce qui permet de garder le rôle de soignant et de patient." Cela l'amène à trouver plus de contraintes à la distance professionnelle. En effet, comme elle le précise : "elle peut être vue de manière péjorative ou négative", "peut avoir un rôle trop hiérarchique", et ainsi "créer une supériorité du soignant sur le patient".

Pour finir, **dans un quatrième temps** je souhaitais interroger les IDE sur les relations soignant soigné et ce que cela implique, particulièrement en fonction de l'âge (proche ou éloigné, entre soignant et soigné).

Avant toute chose, j'étais curieuse de connaître la pensée des IDE concernant la relation. Pour l'IDE 1 la relation "est primordiale", "aussi bien en psychiatrie que partout". L'IDE 2 complète en disant que c'est "la base" et ce "pour tous les patients en général". Pour ce qui est du rapport avec l'âge, l'IDE 1 argumente en expliquant que : "c'est très compliqué", qu'il peut y avoir un "rapport de force, d'imitation ou de miroir". L'IDE 2 complète et ajoute qu'il y a un "risque d'une familiarité". En plus de cela, comme le précise l'IDE 2 "les affects jouent". En effet, quand j'ai demandé aux soignantes les émotions ressenties avec ce type de patients elles répondent : "c'est pas de la joie", "de l'énerverment par moment". L'IDE 1 complète également que "je peux parfois être touchée en entretien", ou encore "on ressent de la compassion". Pour l'IDE 2, qui a moins d'expérience et qui est plus jeune, cela peut avoir des conséquences, en effet "parfois c'est difficile", et ajoute même qu'elle a "encore du mal à prendre du recul" et qu'elle a "tendance à y repenser un peu". Au contraire, pour l'IDE 1 qui a plus d'expérience dans le milieu : "moi ça ne m'affecte pas", elle complète même avec "je suis dans un état normal", "quand je rentre chez moi, ça ne va pas me peser".

6. Discussion

Afin de vous exposer ma réflexion concernant le sujet de recherche, je reprendrai dans cette partie les grands mots clés de la question de départ à savoir : **les troubles de la personnalité Borderline, la juste distance professionnelle et le prendre soin d'un patient (du même âge)**. Je vous présenterai également ma projection professionnelle.

6.1 Les troubles de la personnalité

Au préalable, je souhaite revenir sur la définition de la pathologie. En effet, au cours de nos trois années de formation qui furent intenses, nous avons rarement eu l'occasion, ou le temps d'aborder et de développer certaines pathologies du processus psychopathologie. Effectivement, lorsque j'ai réalisé mon stage en psychiatrie et que j'y ai découvert cet univers qui, à l'époque m'était inconnu, je me suis aperçue que cela était beaucoup plus complexe que ce que j'avais imaginé. En réalité, la seule interprétation que je pouvais me faire de ces services, et de ces patients, c'était au travers des films. J'ai très vite constaté que j'étais bien loin de la réalité du terrain.

Lorsque j'ai réalisé mes premières recherches sur le sujet, j'ai tout d'abord remarqué qu'il n'y avait pas beaucoup d'informations concernant les troubles de la personnalité Borderline. Les infirmières interrogées ont confirmé ce manque d'informations. Elles précisent que leur savoir, elles l'ont acquis grâce à leur propre "expérience sur le terrain", en se "confrontant directement" avec les patients, que sur les bancs de l'école... Comme les IDE le précisent : cela vient "petit à petit avec l'expérience" et "les situations vécues". En réalisant mes recherches, j'ai également noté que même les auteurs ne peuvent donner une définition claire et précise de cette pathologie. On comprend rapidement la complexité de leurs troubles que ce soit par les recherches effectuées, ou encore en interrogeant les professionnelles de terrain. Selon les auteurs Guelfi, J-D. et al, ils considèrent que les personnes souffrant de trouble borderline sont identifiées par : « une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. » (Juin 2017, p. 24-33). Les infirmières complètent en disant que "ce sont des personnes très carencées" et "qui parfois induisent un peu le rejet". Elles ajoutent également que les patients "peuvent être pas mal projectifs", "ils ont tendance à cliver les équipes", et enfin "ils jouent sur les émotions". Je suis d'accord avec ce que pensent les auteurs et les professionnelles de santé. En effet, lorsque j'ai eu l'occasion de prendre en soin une patiente borderline, j'ai très vite constaté la complexité de la pathologie. Une autre auteure, Oana Boriceanu,

écrit que les patients TPB sont des patients considérés comme "difficiles". En effet, ils amèneraient les cliniciens à se confronter avec leurs propres limites en tant que professionnel et en tant qu'humain. (Avril 2005, p. 41).

Pour ma part, je comprends qu'on ne puisse pas tout voir, et tout apprendre durant ces 3 années de formation. De plus, nous serons toujours confrontés à de nouvelles situations sans y être préparés. Et c'est ce qui fait de ce métier quelque chose de passionnant, d'innovant. Pour cette raison, en tant que future professionnelle, je garderai cet esprit ouvert au monde, et espère savoir réagir de la bonne manière à chaque situation.

C'est pourquoi, je souhaiterais continuer d'explorer cette juste distance, et de comparer entre les recherches théoriques, mon vécu, et celui des professionnelles interrogées.

6.2 La juste distance professionnelle

Comme précisé précédemment, je souhaitais revenir sur la notion de distance. En effet, durant la formation et les stages, je me suis toujours questionnée sur la juste distance. A quel moment je pouvais me permettre d'être plus proche ou non d'un patient. Est ce que la relation était trop intime ? au-delà du professionnalisme ? J'ai donc demandé aux infirmières de me décrire, pour elle, ce qu'était la juste distance. Elles m'ont répondu : "relation constructive avec le patient dans la compréhension, la compassion, l'accompagnement". La première IDE, qui a plus d'expérience, poursuit sur la juste distance en précisant que : "c'est difficile de mettre la bonne distance". Pour la deuxième IDE, cette distance professionnelle c'est : "ce qui permet de garder le rôle de soignant et de patient." En effet je suis d'accord avec ce que les professionnelles de santé expriment ; trouver une juste distance n'est pas simple. En revanche je suis moins d'accord lorsque l'IDE 2 précise que cette distance "peut avoir un rôle trop hiérarchique", ou encore "créer une supériorité du soignant sur le patient". Je ne pense pas que la distance professionnelle crée une "supériorité du soignant", à mon avis, elle est nécessaire pour permettre de ne pas dépasser les limites, et de rentrer dans une relation "intime" ou "personnelle". Je souhaite également appuyer sur ce que l'auteur, Alain Frobert, explique que, en psychiatrie (comme dans toute relation professionnelle), que instaurer un cadre peut être, voire, est nécessaire pour préserver une "juste distance". (Septembre 2005 , p.50). Oana Boriceanu complète en expliquant que instituer un cadre est donc élémentaire mais malgré tout, il faut réussir à garder une certaine souplesse dans la relation thérapeutique. Il faut donc adapter en permanence le

cadre (Avril 2005, p. 41). Alain Frobert continue en disant que : “Croire qu’il serait possible d’instaurer un cadre rigoureux qui assurerait “la bonne distance” et pallier tout risque de dérive relèverait de l’illusion” (Alain Frobert, Septembre 2005 , p.50). Cependant, dans certaines situations, les soignants peuvent ne pas réussir à tenir cette “juste distance”, il arrive alors que certain(e)s infirmier(e)s n’aient pas conscience qu’ils ont franchi cette limite. (Alain Frobert, Septembre 2005, p. 50). Je suis également en accord avec ce que disent les auteurs, effectivement, en tant que soignant nous restons humains, alors certaines fois, selon le contexte et la situation, nos émotions peuvent prendre le dessus. De plus, il me semble essentiel d’insister sur ce point. Jean-Marc Randin confirme en expliquant que : “Chercher à être le plus neutre possible, c’est compliqué, car inconsciemment nous présentons des micros mouvements du visage incontrôlables qui reflètent notre état d’être réel et qui sont perçus par notre vis à vis.” (Jean-Marc Randin - Janvier 2019, p. 30). D’après les recherches de la Croix Rouge de Suisse, trouver une juste distance avec les patients est délicat.

En effet, une trop grande distance ou une relation «froide» peut impliquer une prise en charge moins efficace. A l’inverse, trop de proximité peut générer un surinvestissement de la part du soignant qui peut avoir des séquelles à la fois sur son propre état de santé (stress et épuisement) et sur son patient.

(2018).

J’estime que, ce qu’explique la Croix Rouge est important, et résume assez bien la difficulté de la prise en soin.

Étant bientôt diplômée, j’ai déjà constaté, grâce à mes expériences et mes recherches, l’importance de cette distance, et toutes les notions qu’elle englobe. En effet, comme je l’ai expliqué, il existe plusieurs types de distance, aussi bien pour notre vie personnelle que pour notre vie professionnelle. Et savoir comment les utiliser, ou encore les interpréter, demande une certaine expérience, et nécessite de savoir prendre du recul. Adopter une distance professionnelle, en prenant en compte la relation est donc, pour moi, primordiale dans ce métier d’infirmière.

J’aimerais maintenant aborder le sujet du prendre soin, et surtout lorsque le professionnel et le soignant ont le même âge.

6.3 Le prendre soin d'un patient de même âge, et ce que cela provoque

Alain Frobert met en avant, que pour les soignants, le risque c'est de s'identifier à la souffrance de l'autre. D'autant plus pour les jeunes étudiants qui font leur premier stage en psychiatrie. Ils débarquent dans un nouveau monde qui leur est inconnu. Ces jeunes stagiaires sont "sans repère, sans boussole" et ils seront irrésistiblement attirés parce qu'ils semblent reconnaître : comme des patients de leur âge. L'auteur continue :

Pris entre le désir de guérir et le déni de la pathologie mentale, arguant de leur proximité pour s'identifier "ce pourrait être moi" - ils seront englués dans une relation imaginaire comme sur un terrain mouvant où il ne sert à rien de s'agiter, sinon à s'enfoncer.

(Septembre 2005, p. 55).

Les infirmières interviewées confirment ceci, et complètent même en expliquant que : "dans les mêmes âges c'est très compliqué", puis l'infirmière n°1 insiste bien sur ce point car à plusieurs reprises elle répétera que "c'est compliqué". Quant à l'infirmière n°2 elle complète en ajoutant que : "Il y a un rapport de force ou d'imitation ou de miroir", "Y a trop de choses en miroir entre la personne soignante et la personne soignée", ou encore qu'il peut y avoir un "risque d'une familiarité". Je pense que la prise en soin d'un patient qui a notre âge est vraiment particulière, en effet, c'est plus compliqué de réussir à faire la part des choses lorsque le patient est "trop proche" de nous en fonction de l'âge. Avoir le même âge, et être trop proche d'un patient, provoque en nous des émotions. Comment faut-il réagir ? Avons-nous le droit d'être triste, content, etc... avec les patients ?

Dominique Friard, dit :

Être présent à l'autre implique de ressentir en partie ses émotions, de les laisser nous pénétrer, de les transformer (...) et de les lui restituer d'une façon qui soit pour lui (et pour nous) acceptable. On ne peut pas y parvenir en se blindant, en tenant à distance nos propres affects.

(Janvier 2019, p. 21).

Ici l'auteur explique que les émotions sont inévitables. Contrairement à Ahmed Benaïche, qui lui pense que les émotions fortes : "faut pas les laisser à l'entrée de l'hôpital". L'infirmier continue en argumentant que cette notion est vue dès le début de la formation et que c'est une "stratégie défensive" (Janvier 2019, p. 44-49). On remarque alors deux façons de travailler : les professionnelles qui travaillent avec et / ou grâce à leurs émotions, et ceux qui ignorent celle-ci. Lors de mon premier entretien, l'infirmière m'explique que lorsqu'elle sait qu'elle va devoir prendre en soin un / une

patient(e) borderline, elle a “plutôt des appréhensions négatives sur la personnes”, ou encore “c’est pas de la joie”. Cependant, malgré cela, ça ne “l’affecte pas”, comme elle le précise : “je suis dans un état normal” et surtout elle dit : “quand je rentre chez moi, ça ne va pas me peser”. En revanche la deuxième infirmière ressent plus “de l’énervement” voir même, trouve que les patients avec des TPB ont “tendance à irriter un peu”. De plus, la deuxième IDE, qui est plus jeune que la première, avoue qu’elle a “encore du mal à prendre du recul”, et qu’elle a “tendance à y repenser un peu en étant chez moi”. Pour ma part, je ne ressens aucun a priori quant à la prise en soins de ces patients, cependant j’avoue également y repenser certaines fois lorsque je rentre chez moi. En effet, dans certains cas, comme pour l’infirmière 2, j’ai encore un peu de mal à prendre du recul face à certaines situations spéciales.

Dans ma future pratique professionnelle, il est probable, voire certain, que je sois confrontée à prendre en soins des patients du même âge que moi. Il me semble donc nécessaire de savoir faire la part des choses, dès l’obtention du diplôme, d’autant plus lorsque le patient est Borderline. Pour moi, il est également important de ne pas franchir cette “limite”, et de demander de l’aide aux collègues lorsque cela est nécessaire.

6.4 Ré-ajustement de la question de départ

Au premier abord, nous pouvons apporter un début de réponse à la question de départ, mais en creusant plus profondément le sujet, beaucoup de facteurs peuvent moduler la réponse. Il n’y a donc pas de réponse juste à donner, il faut simplement s’intéresser au contexte singulier de chaque situation, prenant en compte la culture et le caractère de chaque protagoniste intervenant dans l’histoire. Au départ ma question était : **En quoi la juste distance professionnelle influence-t-elle le prendre soin d’un patient du même âge souffrant de troubles borderline ?**

Pour entamer ce travail de recherche, la question de départ était intéressante, cela m’a permis de développer plusieurs parties qui me semblent incontournables. Cependant, cette problématique de départ pourrait être écrite plus précisément afin de mener vers une autre réflexion.

Pour commencer, je modifierai “en quoi” en le formulant par “dans quelle mesure”. Le terme “En quoi” recherche davantage une cause. Cela demande à expliquer de façon générale, alors que “dans quelle mesure” permet de mieux situer la question, de savoir “à quel point”, de chercher non pas des

causes mais des conditions. Je trouve donc que cette formulation aurait plus de sens dans la question de recherche.

Ensuite je changerai “distance professionnelle” par “juste distance”. J’ai constaté, à la suite de mes recherches, que le terme “distance professionnelle” est trop restrictif. En effet, en tant que soignants, nous pouvons avoir une certaine distance, qui peut être considérée comme non professionnelle, mais qui n'empêche pas de prendre en soins le patient, tout en le respectant de la même manière. Au contraire, à certains moments, s’impliquer dans une relation, et donc de dépasser cette “distance professionnelle” favoriserait la prise en soins de ces patients.

Après cela, je corrigerai “influence-t-elle le prendre soin” par “influence la relation soignant soigné”. Je trouve cela plus pertinent d’appuyer l’importance de relation que sur la prise en soin en elle-même. De plus cette “relation soignant soigné” fait partie intégrante de la prise en soin et du rôle infirmier.

Pour finir, je rectifierai “d’un patient du même âge souffrant de trouble borderline” par “auprès des patients Borderline, du même âge que le soignant”. Ici on pourrait penser que j’ai seulement modifier la syntaxe, cependant j’ai modifié un mot qui pour moi est très important. En effet, lorsque j’ai écrit ma question de départ, j’ai noté “souffrant des troubles borderline”, or, je trouve que cette phrase pourrait influencer le lecteur sans le vouloir.

Enfin, ma question de départ était : **“En quoi la juste distance professionnelle influence-t-elle le prendre soin d’un patient du même âge souffrant de troubles borderline ?”**

Et maintenant, ma nouvelle question de recherche est : **“Dans quelle mesure la juste distance influence la relation soignant soigné auprès des patients Borderline, du même âge que le soignant ?”**

7. CONCLUSION

Le sujet de la relation est un thème qui me questionne et attise ma curiosité depuis le début de la formation. Quand est venu le moment de déterminer le sujet, il me paraissait évident pour moi d'aborder la relation soignant soigné ; en revanche le développement de l'idée me semblait un peu flou. Avec l'aide de ma référente MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers), nous avons repris toutes mes analyses de pratique professionnelle, et avons retenu deux cas qui me paraissaient avoir du sens, et qui avaient un lien avec la relation. Ces situations se sont déroulées pendant mon stage en psychiatrie, avec une patiente Borderline courant du troisième semestre.

En fin de deuxième année, mon thème est décidé. Je profite des vacances pour effectuer quelques lectures. En début d'année mon projet professionnel se concrétise : **la réanimation**.

Je me demande alors si des recherches sur la relation soignant soigné avec un patient en réanimation et / ou intubé ventilé n'auraient pas été plus judicieux. Malheureusement, je n'avais pas encore effectué de stage en service de réanimation ; je n'avais donc aucune situation d'appel pour ce sujet. Par crainte de prendre trop de retard dans le début de ce travail, je décide de continuer sur mon sujet initial, car il m'interpelle, me questionne, et m'intéresse toujours autant. Le début du travail de recherches étant bien entamé, cela m'a permis de définir la question de départ qui a été validée par la formatrice assurant les guidances de MIRSI. Je me suis consacrée pleinement dans les lectures, les recherches de sites, les vidéos et tout ce qui me semblait pertinent pour l'aborder dans mon cadre théorique. Après plusieurs mois de travail intense, en mêlant les recherches, les lectures, et les révisions des partiels du semestre cinq, je réalise que les dates des entretiens arrivent à grands pas. Mon cadre théorique n'est pas vraiment terminé, mais j'exécute mes deux entretiens, ainsi que la retranscription à suivre. J'étais ravie de pouvoir échanger sur mon sujet avec des professionnelles, cela m'a permis d'identifier leur façon d'accompagner les patients, de compléter les dires des auteurs, de répondre à mes questionnements et de satisfaire ma curiosité. De plus, l'investissement avec lequel les infirmières ont fait part dans leurs réponses m'a touchée. J'ai vraiment ressenti leur engagement, leur souci de bien faire, leur envie de faire partager leur valeur et enfin, leur passion du métier.

J'ai vu mon sentiment de frustration diminué grâce à l'écriture de cette discussion. En effet, durant ce travail il m'était très pesant de ne pas pouvoir réagir à la lecture de certains articles ou d'approfondir l'échange avec les professionnels. Cette dernière partie sur la discussion, a été pour moi, la plus aisée.

Aujourd'hui, je peux affirmer que la distance a un rôle très important dans le prendre soins d'un patient (en règle générale) mais surtout, lorsque le sujet est Borderline, et a le même âge que le soignant. Après avoir été confrontée à cette situation, et après avoir passé toutes ces heures à me documenter sur le sujet, je pense, je suis même sûre, que si je devais faire face à nouveau à une telle situation, je serai en capacité de prendre du recul sur mon positionnement professionnel.

En conclusion, bien que la rédaction de ce mémoire s'arrête dans quelques lignes, ce sujet continuera de susciter ma curiosité, créera d'autres questionnements et me poussera à continuer mes recherches. Après avoir passé plusieurs mois, je suis fière de pouvoir annoncer que ce travail de recherche est fini. La réalisation de ce travail a été plus qu'enrichissante, elle m'a permis d'apprendre, de comprendre, de me questionner, de construire, de mener une réflexion sur ma pratique professionnelle et enfin d'évoluer en tant que personne et soignante. Afin de poursuivre ce travail, ma question de recherche est la suivante : **“Dans quelle mesure la juste distance influence la relation soignant soigné auprès des patients Borderline, du même âge que le soignant ?”**

Au fur et à mesure de mes recherches sur la relation entre soignant et soigné chez les patients avec des troubles Borderline, j'aimerais m'intéresser à la relation entre **soigné et soigné**, en psychiatrie. En effet, à la suite du visionnage du film “Une vie volée” par James Mangold (1999), j'ai pris conscience de l'importance de cette relation entre soigné et soigné, notamment en psychiatrie, et plus particulièrement chez les sujets Borderline. En effet, dans le film, la jeune femme qui se trouve hospitalisée en psychiatrie, vas se lier d'amitié avec une autre jeune femme, elle-même hospitalisée.

De plus, ma situation d'appel pour ce sujet de recherche est née suite à un conflit entre 2 jeunes patientes Borderline. J'en suis donc venue à me demander “Dans quelle mesure, l'infirmier peut influencer sur la juste distance et sur les relations entre soigné soigné ?”

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAFIE

Ouvrages :

- Clancier, S. (1998). Freud: Concepts fondamentaux de la théorie et de la psychanalyse freudienne. In *Psychoses et névroses* (pp. 17-27). Toulouse: Érès.
- Hall, E. T. (1971). La dimension cachée. In *Les distances chez l'homme* (Edition du seuil ed., pp. 142-160). Points.
- Phaneuf, M. (2011). Rencontre et accompagnement. In *La relation soignant-soigné* (pp. 142-144). Chenelière éducation.
- Prayez, P. (2016). *Julie ou l'aventure de la juste distance : Récit d'une soignante en formation*. Lamarre.

Articles :

- Benaïche, A. (2019, Janvier). Dossier : les peurs dans le travail infirmier. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 44-49.
- Boriceanu, O. (2005, Avril). États limites : stratégie thérapeutique. Dossier : Les états limites. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 97, 41-49.
- Bourgeois, D. (2005, Avril). États limites : état-frontières.... Dossier : Les états limites. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 97, 28-35.
- Bourgeois, D. (2017, Juin). Aspect cliniques des états limites. Dossier : Le soignant face au sujet borderline. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 219, 40-45.
- Deseilles, M., & Mikolajczak, M. (2019, Janvier). Dossier : réguler ses émotions dans le soin. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 38-43.
- Estellon, V. (2017, Juin). États limites : une rude tâche pour le clinicien. Dossier : Le soignant face au sujet borderline. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 219, 45-61.
- Friard, D. (2019, Janvier). Dossier : Oser la relation psychiatriques. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 19-21.
- Frobert, A. (2005, Septembre). Enseigner la bonne distance. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 100, 50-57.
- Goze, T. (2019, Janvier). Dossier : Comment penser la relation soignante. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 25-28.
- Guelfi, J.-D., Cailhol, L., Robin, M., & Lalas, C. (2017, Juin). Etat limites et personnalité borderline. Dossier : Le soignant face au sujet borderline. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 219, 24-33.

- Miazza, M. (2005, Septembre). R comme relation. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 100, 63-64.
- Morasz, L. (2005, Avril). L'organisation limite. Dossier : Les états limites. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 97, 36-38.
- Randin, J.-M. (2019, Janvier). Dossier : soignant-soigné un équilibre si délicat. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 30-33.
- Szpirko, J. (2005, Septembre). Proximité et distance. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 100, 30-38.
- Taliana, N. (2019, Janvier). Dossier : Une clinique du quotidien, ni trop près, ni trop loin. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 234, 62-65.
- Vanoverbeke, C. (2005, Septembre). Accompagner sans se perdre. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, 100, 58-62.

Pages web :

- Deswarte, E. (s. d.). *La proxémie*. Psychologie Sociale. <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie>
- Pitte, M. (2019, 08 02). *Les modes d'hospitalisation en soins psychiatriques*. Soins-Infirmiers. <https://www.soins-infirmiers.com/discipline/psychiatrie-pedopsychiatrie/mode-hospitalisation-en-soins-psychiatriques#:~:text=Il%20existe%20%20modes%20d,consentement%20sur%20d%C3%A9cision%20du%20pr%C3%A9fet>
- *Principaux troubles psychiques*. (s. d.). SantéPsy.ch. <https://www.santepsy.ch/fr/pages/tout-au-long-de-la-vie/principaux-troubles-psychiques-85>
- *Quelle est la juste distance à garder entre un soignant et son patient?* (2019, January 3). redcross-edu Blog. <https://blog.redcross-edu.ch/fr/personnel-soignant/quelle-est-la-juste-distance-a-garder-entre-un-soignant-et-son-patient/>

ANNEXE I *Le guide d'entretien*

Bonjour,

Je me présente, je suis Elisa Lanoë, étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'aurai quelques questions concernant *"La juste distance dans la relation soignant-soigné avec un patient souffrant de trouble de la personnalité Borderline"*.

Me donnez-vous votre accord pour enregistrer cet entretien ? Pour information, toutes les données personnelles seront anonymisées.

Pour commencer :

- 1) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? Avez-vous des diplômes supplémentaires, DU dans la relation, la communication ou autre ?
- 2) Est - ce votre choix de travailler dans le service de : *"citer le service"* ?
 - a) Quelles ont été vos motivations pour le service psychiatrie ?
- 3) D'après vous, la relation est- elle importante pour être infirmiers(ères) en psychiatrie ?
- 4) Lorsque vous avez été confronté à des patients souffrant de TPB, avez-vous des connaissances (théoriques) aux préalables, comme leur façon d'être, leurs symptômes ?
- 5) Vous souvenez-vous des premiers contacts avec des patients souffrant de TPB ? et si oui, quels ont été vos ressentis ?
- 6) Pensez-vous qu'avoir le même âge (ou différent) pourrait influencer la relation soignant soigné dans la prise en charge des patients borderline ?
- 7) Pour vous, qu'est-ce que la distance professionnelle ?
 - a) Cette distance est-elle importante pour la prise en charge d'un patient avec des TPB ?
- 8) Quelles émotions ressentez-vous lors de la prise en charge d'un patient TDB ?
 - a) Est-ce que cela peut vous procurer de l'incompréhension, de l'anxiété ou encore rien du tout ?
- 9) Comment arrivez-vous, dans ce cas là, à gérer vos émotions pour être en adéquation avec une posture professionnelle ?

Pour finir :

- 10) Souhaitez-vous apporter des informations concernant "la recherche de la juste distance dans la relation soignant soigné avec un patient souffrant de troubles de la personnalité Borderline ?"

Conclusion :

Je vous remercie de l'attention que vous m'avez apportée lors de cet entretien, et merci pour vos réponses.

ANNEXE II *La retranscription IDE 1*

ESI : Bonjour, vous allez bien ?

IDE 1 : Bonjour, oui et toi ?

ESI : Oui très bien, du coup le sujet de mon mémoire c'est la juste distance dans la relation soignant soigné mais avec un patient Borderline. Comme convenu au téléphone, je vais enregistrer l'entretien pour que je puisse le retranscrire par la suite, bien sûr toutes les données personnelles seront anonymisées...

IDE 1 : Oui il n'y a pas de soucis !

ESI : Ok très bien, alors du coup, voilà, pour commencer, en quelle année avez-vous été diplômée ? Et est ce que vous avez des diplômes supplémentaires, des DU dans la relation, la communication ou autre ?

IDE 1 : ... J'explique juste mon parcours ou l'année de mon diplôme ?

ESI : Oui, le parcours, très bien

IDE 1 : Alors, j'ai été diplômée en mai 2004, j'ai commencé par de la maison de retraite avec une unité Alzheimer, donc déjà j'ai fait un peu de psychiatrie... Ensuite je suis allée presque 1 an en chirurgie dans une clinique parce que y'avait pas de taf et que la que j'avais trouvé... ça ma fait une expérience aussi sympa, plus stressante, fin pas le côté qui me plaisait. et puis je suis revenue dans la région, donc j'ai fait trois ans en maison d'accueil spécialisée et puis depuis 2009 je suis arrivée sur l'hôpital, j'ai fait que de l'admission, des services d'entrant des personnes en crise, un petit peu de CMP, c'était une journée par semaine, visite à domicile... et voilà... non j'ai pas de diplôme, autre que des formations... pas fait de DU particulier. Alors y a des formations obligatoires et d'autres formations qu'on choisit, en fonction de... dernièrement j'ai fait celle de l'autisme par exemple car ça m'intéressait, là j'en ai d'autre à venir sur le Picc line car dans mon temps ça n'existait pas midline, picc line, et comme on en a eu ici, j'ai demandé une formation.

ESI : D'accord, Et c'était votre choix de travailler dans ce service ?

IDE 1 : Alors je suis arrivée ici seulement Mai dernier... mais non ce n'était pas mon choix, c'est dû à une pénurie médicale, en fait mon service à l'entrée de l'hôpital fermait donc toute l'équipe dispatche dans l'hôpital, mais ça restait de l'admission. Et en fait, je me plais tellement que j'ai demandé à rester, tellement l'équipe est top, l'équipe médicale est bien aussi...

ESI : D'accord, super ! du coup pour la première question en rapport avec mon sujet de recherche..., est ce que d'après vous, la relation est- elle importante pour être infirmiers(ères) en psychiatrie ?

IDE 1 : Pour moi la relation est primordiale... après je sais pas si tu parles entre collègue ou soignant patient... mais oui elle est primordiale... aussi bien en psychiatrie que partout... si t'aimes pas la relation, la psychiatrie n'a pas beaucoup d'intérêt... professionnellement parlant.

ESI : Oui c'est sûr, et lorsque vous avez été confrontée à des patients souffrant de TPB, avez vous des connaissances théoriques préalables, comme leur façon d'être, leurs symptômes ?

IDE 1 : Finalement Borderline... on aborde ça... Fin... pendant mes études ça a été très bref, c'est un peu un truc qu'on sait pas ou mettre, si c'est psychose ou névrose, on sait pas trop... mais on a de plus en plus de patients, donc on a appris sur tas avec les situations qu'on a rencontrées, donc je dirais pas à l'école mais... par l'expérience.

ESI : Oui, c'est sûr, à l'école ils restent vastes sur le sujet... du coup pour continuer... vous souvenez-vous des premiers contacts avec des patients souffrant de TPB ? Et si oui, quels ont été vos ressentis ?

IDE 1 : Ressentis... alors... Oui j'en ai rencontré..., le côté marquant c'était quand ils passaient à l'acte sur eux donc moi j'ai vu des bouts de doigt en moins, des scarifications, du trituration de plaies... voilà... et redis moi ta question...

ESI : ...oui, pardon, ... les premiers contacts avec des patients souffrant de TPB ? et quels ont été vos ressentis ?

IDE 1 : En fait, on s'aperçoit qu'ils fonctionnent toujours de la même manière... et, souvent..., je ne sais pas si je peux dire ressenti, mais... on ne sait pas trop comment faire avec elle, car si on est trop dans l'affect ou perd notre place de soignant... si on met trop de distance les personnes sont frustrées et passent à l'acte, après peut être que j'imagine que t'as d'autres questions...

ESI : Oui, justement, est-ce que vous pensez qu'avoir le même âge ou au contraire peut influencer la relation soignant soigné dans la prise en charge des patients borderline ?

IDE 1 : Oui, je pense qu'être dans les mêmes âges c'est très très compliqué parce qu'il y a un rapport de force... ou d'imitation ou de miroir, y a trop de choses en miroir entre la personne soignante et la personne soignée, c'est difficile de mettre la bonne distance ou d'avoir un cadre lorsque qu'on met deux jeunes entre eux donc forcément c'est plus compliqué.

ESI : Oui c'est sûr, je suis d'accord, et pour vous, qu'est-ce que la distance professionnelle ?

IDE 1 : Déjà c'est pas que en psychiatrie. Mais c'est avoir une relation constructive avec le patient, dans la compréhension, la compassion, l'accompagnement, enfin tous les adjectifs qui vont bien, ne pas être trop investi, pas trop proche du patient, ne pas passer des barrières. C'est dur, mais avec les jeunes par exemple comme le tutoiement ou quelque chose comme ça qui font que le patient n'arrive plus à trouver sa place de patient car il a envie d'être tout le temps proche de nous. La bonne distance c'est celle du respect du patient mais sans être trop impliqué dans la PEC, pour moi le truc c'est d'être plusieurs à prendre en charge, ne pas être trop exclusif dans la PEC, pour moi c'est ça.

ESI : Oui.. D'accord... Quelles émotions ressentez-vous lors de la prise en charge d'un patient TDB ? Est-ce que cela peut vous procurer de l'incompréhension, de l'anxiété ou encore rien du tout ?

IDE 1 : C'est pas de la joie, parce que franchement les borderlines ça devient des personnes qu'on a du mal en prendre en soins. Du coup on a plutôt des appréhensions négatives sur la personne, pour autant lorsqu'on assiste aux entretiens. Souvent c'est des entretiens hyper riche, hyper touchant c'est des gens qui ont des parcours de vie très compliqués qui ont vécu beaucoup de traumatismes ou un traumatisme important. Mais ce sont des personnes parfois qui induisent un peu le rejet, parce que tellement, elles sont prévisibles... oui et non... On sait ce dont elles sont capables de faire mais par contre quand elles passent à l'acte parfois on arrive pas justement à anticiper, c'est pas le genre de patient qu'on rêve d'avoir dans le service, par la complexité de la prise en charge.

ESI : Ah oui... et du coup comment arrivez-vous, dans ce cas là, à gérer vos émotions pour être en adéquation avec une posture professionnelle ?

IDE 1 : Émotionnellement parlant la différence entre une jeune diplômée et une comme moi qui commence à avoir un peu de l'expérience, c'est que l'émotion... oui, on ressent de la compassion, mais personnellement moi ça ne m'affecte pas, déjà quand je claque la porte ici,... si c'est un restau avec des collègues on va parler des patients toute la soirée mais... quand je rentre chez moi ça ne va pas me peser ou vraiment il faut que la situation soit vraiment spéciale. Émotionnellement parlant, je dirais que je suis dans un état... normal, après selon la personne à qui je m'adresse, soit j'essaie d'être plus cadrante, soit plus douce, on adapte notre contact, mais mon émotion à moi, je peux être touchée en entretien par une histoire, mais après au contact du patient bah voilà j'essaie d'être la plus rassurante possible, enveloppante quand y' a besoin, sans dépasser... "les limites", je vais pas pleurer avec le patient par exemple.

ESI : Souhaitez-vous apporter des informations concernant "la recherche de la juste distance dans la relation soignant soigné avec un patient souffrant de trouble de la personnalité Borderline ?"

IDE 1 : Bin, je vais un peu me répéter mais la juste distance pour moi, ça vient avec l'expérience je pense, mais c'est ne pas se laisser happer par le patient. Plus des fois on va lui accorder du temps et pire ça va être car il va en demander toujours plus, et souvent ce sont des personnes très carencées et du coup moi même par rapport à une jeune je pourrais me trouver dans une situation où le patient me prendrait pour sa mère, par exemple. Il faut donc toujours instituer un cadre et bien remettre les choses dans leur contexte : tu es patient, je suis soignante, ...et pas tutoyer mais c'est dur, surtout avec les jeunes..., ici on en tutoie de temps en temps. ...Aussi il ne faut pas trop être impliqué, passer le relais quand on sent qu'on se fait un peu "manger", et voilà, être dans le juste milieu entre compassion, l'écoute, mais faut pas que ça devienne un besoin d'être en entretien avec cette personne ; faut pas que pour cette personne ça soit un besoin que nous on soit là.... dans le cas des patients borderline la juste distance est plus subtile comme souvent ce sont des patientes carencées.

ESI :

Conclusion

Je vous remercie de l'attention que vous m'avez apportée lors de cet entretien, et merci pour vos réponses.

ANNEXE III *La retranscription IDE 2*

ESI : Bonjour,

Je me présente, je suis Elisa Lanoe, étudiante infirmière en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'aurais quelques questions concernant "La juste distance dans la relation soignant soigné avec un patient souffrant de trouble de la personnalité Borderline".

Me donnez-vous votre accord pour enregistrer cet entretien ? Pour information, toutes les données personnelles seront anonymisées.

En quelle année avez-vous été diplômée ? Avez-vous des diplômes supplémentaires, DU dans la relation, la communication ou autre ?

IDE 2 : Euh du coup j'ai été diplômée en 2020 euh oui j'ai des formations en parallèle, j'ai une licence de philosophie et euh là je poursuis, fin j'ai obtenu mon Master 1 en éthique, donc éthique de la santé bioéthique l'année dernière et là je suis en train de finir mon master 2.

ESI : D'accord et du coup c'était votre choix de travailler dans le service de : "*citer le service*" ? Quelles ont été vos motivations pour le service psychiatrie ?

IDE 2 : Alors euh en fait j'ai commencé sur le pool de remplacement où il y avait de l'admission aiguë, fin de l'admission un peu plus chronique aussi, et à l'UMA on venait mais c'était une ambiance totalement différente, j'avais bien aimé parce qu'il y a pas mal d'autonomie pour les patients et du coup j'avais dis que s'il y avait une place un jour j'étais partante et enfaite on mas positionner d'emblée comme il y avait une place

ESI : Ok..oui, et du coup d'après vous, la relation est-elle importante pour être infirmière en psychiatrie ?

IDE 2 : Oui, oh c'est un peu la base... 50% du travail de fait je pense la relation

ESI : Très bien... et lorsque vous avez été confrontée à des patients souffrant de TPB, avez vous des connaissances (théoriques) au préalable, comme leur façon d'être, leurs symptômes ?

IDE 2 : Très peu, très très peu, j'ai en fait... je trouve que dans les unités d'enseignement psychopathologie on voit beaucoup tout ce qui tourne autour des symptômes positifs, négatifs, des psychoses, etc... mais en fait patient borderline, les troubles de la personnalité je crois on a vu un cours en 3^{ème} année et euh non du coup j'en ai pas retenu grand chose. C'est plutôt en me confrontant que j'ai vu les profils, mais je m'y connais pas encore trop en fait.

ESI : Vous souvenez-vous des premiers contacts avec des patients souffrant de TPB ? et si oui, quelles ont été vos ressenties ?

IDE 2 : Je ne me souviens pas forcément des premiers patients mais en fait... euh c'est petit à petit en fait quand j'ai entendu parler du trouble borderline que et de l'état limite que du coup j'ai..., je me suis rendu compte que les profils se rapprochaient entre eux, mais du coup les premiers patients j'ai pas vraiment pu poser, fin comprendre les signes et poser des mots, enfin comme certains infirmiers sont capables de faire au bout de pas mal de temps d'expérience

ESI : Ok.. alors...pensez vous qu'avoir le même âge ou au contraire pourrait influencer la relation soignant soigné dans la prise en charge des patients borderline ?

IDE 2 : Ah oui, bah de tous les patients en général je dirais , mais de tous les patients borderlines euh oui parce qu'ils peuvent être pas mal projectifs je dirais euh mais j'en ai pas rencontré tant que ça des patients jeunes, dans mes âges du moins, mais il y peut être le risque d'une familiarité qui peut s'installer, c'est peut être plus ça qui me... qui pourrait peut être complexifier la prise en charge, après j'ai pas eu beaucoup l'occasion de le voir mais oui je pense.

ESI : Ah oui... pour vous, qu'est-ce que la distance professionnelle ? Cette distance est-elle importante pour la prise en charge d'un patient avec des TPB ?

IDE 2 : Ouais, bah alors la distance professionnelle, je pense que ça peut être vu de manière péjorative, fin positif ou négatif, mais euh la distance professionnelle c'est aussi ce qui permet de garder le..., chacun son rôle, euh bah de soignant et de patient et .. mais en même temps ça peut avoir un rôle un peu trop hiérarchique et euh du coup créer euh comment dire une supériorité du soignant sur la patient et qui pourrait poser problèmes dans certains cas, après on peut pas redonner une autonomie complète aux patients... parce que sinon en fait le rôle de soignant perdrait de son sens et on aurait plus rien à faire dans les hôpitaux. Il y a forcément des connaissances qu'on a, que les patients n'ont pas, eux ils ont la connaissance de leur corps, de ce qu'ils ressentent, nous on a la connaissance des symptômes cliniques, de la théorique et peut être que en faite c'est l'alliance des deux qui fait que le patient peut être plus ou moins autonome. Et du coup c'était quoi la deuxième partie de la question ?

ESI : Euh... c'était, si ça influence, si cette distance, elle est importante dans la prise en charge des patients avec des troubles de la personnalité borderline

IDE 2 : Oui je pense parce que j'ai l'impression que les patients borderline ils ont tendance à un peu cliver les équipes et peut être essayer de séparer, y a beaucoup les affectes qui jouent, et du coup prendre, fin ils peuvent potentiellement prendre plus certains soignants, bah les... comment dire, les... avoir plus confiance en certains c'est normal mais cliver dans le sens ou mettre mal à l'aise puis critiquer les autre soignants avec les soignants avec qui ils sont à l'aise, mais oui, je pense

ESI : Quelles émotions ressentez-vous quand vous prenez en charge des patients TDB ? Est-ce que cela peut vous procurer de l'incompréhension, de l'anxiété ou encore rien du tout ?

IDE 2 : Je dirais que ça dépend des profils, des fois ça peut avoir tendance à irriter un peu euh et j'ai l'impression que fin comment dire, j'essaie personnellement d'être empathique mais parfois c'est difficile. Ils nous poussent aussi un peu au bout de nos limites en tant que soignants et je pense que les équipes, fin au bout d'un moment même si on essaie soi-même de rester objectif et de se dire que c'est pathologique et que c'est pas de leur faute. Il y a des soignants qui ont du mal et en fait on se retrouve vite je pense dans l'esprit d'équipe si la plupart des soignants n'en peuvent plus de la prise en charge bah on va se retrouver bah influencé par l'avis de l'équipe et du coup perdre peut être cet avis qu'on avait au début, mais comme je suis jeune diplômée j'ai tendance aussi à me rapporter pas mal à l'expérience des plus anciens et du coup suivre le mouvement un peu, même si je donne mon avis...

ESI : Oui c'est sûr, et du coup comment arrivez-vous, dans ce cas là, à gérer vos émotions pour être en adéquation avec une posture professionnelle ?

IDE 2 : Euh alors, je sais pas si c'est très éthique mais parfois on a tendance à rigoler entre nous pour dédramatiser et euh... la gestion des émotions dans la PEC en étant, pareil ça fait pas si longtemps que ça que je travaille, ça fait un an que je suis sur l'hôpital euh j'ai encore du mal à prendre du recul par rapport à cela et oui j'ai tendance à y repenser un peu en étant chez moi ...et parce-que oui cela affecte ce genre de prise en charge et comme ils jouent beaucoup sur les émotions, le clivage et bah du coup on y repense, oui comme je disais tout à l'heure, de l'énervement par moment, fin c'est plus l'émotion qui ressort.

ESI : Ahah, oui je vois, pour finir, est ce que vous souhaitez apporter des informations concernant "la recherche de la juste distance dans la relation soignant soigné avec un patient souffrant de trouble de la personnalité Borderline ?"

IDE 2 : Euh je sais pas, j'ai pas vraiment, oui non je sais pas, comme j'ai dit j'ai tendance à me rapporter pas mal à l'avis des équipes et j'ai pas beaucoup été confronté au final.

ESI : Conclusion

Je vous remercie de l'attention que vous m'avez apportée lors de cet entretien, et merci pour vos réponses.

ANNEXE IV Les tableaux d'analyse

Thème	Sous-thème	Verbatimes
De l'apprentissage théorique aux représentations	Expériences professionnelles et formations	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômée en mai 2004 (13 ans d'expérience) - Diplômée depuis 2020 (2 ans d'expérience) - Pas de diplôme particulier - Formation sur l'autisme - Licence de philosophie - M1 éthique de la santé bioéthique - M2 en cours
	Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant mes études ça été très bref - Très peu, très très peu - J'en ai pas retenu grand chose - C'est petit à petit en fait - Pas à l'école mais... par l'expérience - On a appris sur le tas avec les situations - C'est plutôt en me confrontant que j'ai vu les profils - Je me suis rendue compte que les profils se rapprochent entre eux - Mais je m'y connais pas encore trop en fait
	Définition	<ul style="list-style-type: none"> - C'est un peu un truc qu'on sait pas ou mettre - On sait pas trop - Si c'est psychose ou névrose - J'ai pas vraiment pu comprendre les signes et poser des mots - Ils fonctionnent toujours de la même manière - Ce sont des personnes parfois qui induisent un peu le rejet - Elles sont prévisibles oui et non

		<ul style="list-style-type: none"> - On sait ce dont elles sont capables de faire mais on arrive pas à anticiper - Ce sont des personnes très carencées - Ils peuvent être pas mal projectifs - Ils ont tendance à un peu cliver les équipes - Ils jouent sur les émotions
La prise en charge dans sa globalité	Comportements à éviter	<ul style="list-style-type: none"> - Il ne faut pas être trop impliqué - Ne pas être trop exclusif - Pas tutoyer - Ne pas être trop investie - Pas trop proche du patient - Ne pas passer les barrières - C'est ne pas se laisser happer par le patient - Je vais pas pleurer avec le patient
	Comportements à favoriser	<ul style="list-style-type: none"> - J'essaye d'être la plus rassurante - Enveloppante quand y' a besoin - Sans dépasser les limites - Soit j'essaye d'être plus cadrante, soit plus douce - On adapte notre contact - Toujours instituer un cadre et bien remettre les choses dans leur contexte : tu es patient, je suis soignante - Sans être trop impliqué dans la PEC - Le truc c'est d'être plusieurs à prendre en charge - Passer le relais quand on sent qu'on se fait un peu manger - Tendance aussi à me rapporter pas mal à l'expérience des plus anciens - J'essaye personnellement d'être empathique
	Complexité liée aux soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Si on est trop dans l'affect on perd notre place de soignant et si on met trop de distance les personnes sont frustrées et passent à l'acte - Ils nous poussent à bout de nos limites en tant que

		<p>soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y a des soignants qui ont du mal - N'en peuvent plus de la prise en charge
	Complexité liée aux patients	<ul style="list-style-type: none"> - On ne sait pas trop comment faire avec elle - Des fois on va lui accorder du temps et pire ça va être - Complexité de la PEC - Patient qui pourrait peut être complexifié la prise en charge
La distance et ce que cela implique	Définition de la distance	<ul style="list-style-type: none"> - C'est avoir une relation constructive avec le patient dans la compréhension, la compassion, l'accompagnement
	La juste distance	<ul style="list-style-type: none"> - C'est difficile de mettre la bonne distance ou d'avoir un cadre - Dans le juste milieu entre compassion, l'écoute - La bonne distance c'est celle du respect - Cela vient avec l'expérience - C'est pas qu'en psychiatrie
	La distance professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Distance professionnelle c'est avoir une relation constructive avec le patient - La distance professionnelle - C'est aussi ce qui permet de garder le rôle de soignant / patient - Ce qui permet de garder chacun son rôle... soignant et patient - Distance professionnelle
	Les contraintes	<ul style="list-style-type: none"> - Peut être vu de manière péjorative ou négative - Ca peut avoir un rôle un peu trop hiérarchique - Créer une supériorité du soignant sur le patient - Peut poser problème dans certains cas
La relation soignant soigné	Relation	<ul style="list-style-type: none"> - La relation est primordiale - Mais oui elle est primordiale

<p>en prenant en compte, l'âge, les émotions, et les conséquences</p>		<ul style="list-style-type: none"> - C'est un peu la base - 50% du travail de fait en relation - Aussi bien en psy que partout - Si t'aimes pas la relation, la psychiatrie n'a pas beaucoup d'intérêt - Pour tous les patients en général
	Âge	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense qu'être dans les même âges c'est très compliqué - C'est plus compliqué - Il y a un rapport de force ou d'imitation ou de miroir - Y a trop de chose en miroir entre la personne soignante et la personne soignée - C'est plus dur avec les jeunes, par exemple comme le tutoiement - lorsque qu'on met 2 jeunes entres eux - Risque d'une familiarité
	Émotion	<ul style="list-style-type: none"> - Plutôt des appréhensions négatives sur la personne - Les affects qui jouent - C'est pas de la joie - C'est que l'émotion - Émotionnellement parlant - Mon émotion à moi - On ressent de la compassion - Je peux être touchée en entretien - Tendance à irriter un peu - De l'énervement par moment
	Conséquences	<ul style="list-style-type: none"> - Moi ça ne m'affecte pas - Je suis dans un état normal - Quand je rentre chez moi ça ne vas pas me peser - Il faut que la situation soit vraiment spéciale - Ca devient des personnes qu'on a du mal à prendre en soin

		<ul style="list-style-type: none">- Mais parfois c'est difficile- J'ai encore du mal à prendre du recul- J'ai tendance à y repenser un peu en étant chez moi- Du coup on y repense
--	--	---