



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

---

Mémoire d'initiation à la recherche  
en soins infirmiers

**L'implication émotionnelle et la juste présence  
en soins palliatifs**



---

Formateur référent: Vincent Boutemy

Mathilde ROHON  
Formation infirmière  
Promotion 2019-2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## **Diplôme d'Etat d'infirmier**

### **Travaux de fin d'études : L'implication émotionnelle et la juste présence en soins palliatifs**

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,***

***Identité et signature de l'étudiant : ROHON Mathilde***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

Je tiens à remercier mon guidant dans ce travail d'initiation à la recherche, Mr Vincent Boutemy, qui m'a accompagné tout au long de cette troisième année d'étude en soins infirmiers. Je souhaite remercier également mes deux référents pédagogiques qui se sont succédé sur les 3 ans, Mr Didier Mercier dans un premier temps, puis Mme Marianne Marchand, pour la fin de ma formation. Ils ont su se rendre disponibles et être à l'écoute de mes demandes, et de mes besoins durant ces trois années.

Je remercie plus largement, l'ensemble des formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou, pour leur accompagnement pendant cette formation, pour leur partage de connaissances, pour leur soutien, leur bonne humeur. Ces éléments m'ont permis de grandir afin de pouvoir prendre mon envol dans le monde du soin.

Je remercie également les deux infirmiers de l'Institut de Cardiologie de Montréal, que j'ai pu interroger, qui ont su se rendre disponibles et à l'écoute pour moi.

J'aimerais adresser mes remerciements à mes parents et ma sœur qui n'ont cessé de me soutenir, dans les bons comme dans les mauvais moments. Ils m'ont permis d'aller jusqu'au bout de cette formation qui a été pour moi intense, prenante, remuante et fatigante. Je les remercie pour leur bonne humeur et leurs attentions nécessaires à la réussite de ces trois années.

Enfin, je tiens à remercier mes amis rencontrés lors de cette formation, Marion, Mathilde P., Bastien, Lily, Morgane B. pour leur bonne humeur, leur soutien, et leurs encouragements.

Je remercie singulièrement Solenn et Morgane J., qui m'ont soutenu tout au long de la rédaction de cet exercice. Merci pour vos conseils, votre joie de vivre et votre franchise.

Ainsi, à tous mes amis, vous m'avez permis de vivre cette formation riche en émotions de façon sereine, joyeuse et intense. J'en ressors pleine d'ambition et de détermination.

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Mon cheminement vers la question de départ</b>	<b>2</b>
1- Ma première situation d'appel	2
2- Ma seconde situation d'appel	3
3- Mon questionnement et émergence de ma question de départ	4
<b>Le cadre conceptuel</b>	<b>5</b>
Les soins palliatifs en EHPAD	5
1.1 Définition des soins palliatifs	5
1.2 Accompagnement du résident en fin de vie en EHPAD	5
Les émotions du soignant	6
2.1. Définition	6
2.1.1 Les différentes émotions	7
2.1.2 Distinction sentiment et émotion	7
2.2. La place des émotions dans le soin	8
2.2.1 La tristesse dans les murs de l'hôpital	8
2.2.2 Les autres émotions à l'hôpital	9
2.2.3 Accentuation des émotions	9
2.3 La gestion des émotions par les soignants	10
2.4 Les techniques d'évitement dans la prise de contact avec le patient	10
La distance dans la relation de soins et sa place dans les soins palliatifs	11
3.1. Proxémie dans les soins	11
3.2 Juste distance et juste présence	12
3.2.1 Définition	12
3.2.2 Son intérêt dans les soins pour le soignant et le patient	12
3.2.3 Une notion subjective à chaque soignant	13
<b>Dispositif méthodologique du recueil de données</b>	<b>14</b>
<b>Analyse des entretiens infirmiers</b>	<b>16</b>
La place de l'émotion dans le soin	16
L'émotion en situation de soins palliatifs	16
Ressentis et émotions face au décès	17
L'implication émotionnelle entre soins généraux et soins palliatifs	17
La juste distance, définition et intérêt	18
La notion de juste présence	18
La frontière entre juste distance et juste présence	19
Les outils soignants face à la juste présence déplacée	19
<b>5. Discussion</b>	<b>20</b>
<b>6. Conclusion</b>	<b>26</b>
<b>7. Bibliographie</b>	<b>29</b>
<b>Annexes</b>	<b>31</b>



*"L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié."*

*Martine Schachtel, J'ai voulu être infirmière, 1991.*

## 1. Introduction

Le MIRSI, une multitude d'écrits, mais avant tout la concrétisation de 3 années d'études en soins infirmiers.

Cette formation qui a débuté il y a 3 ans et dont je ressors grandie. C'est une formation riche en émotions, qui nous confronte à la dure réalité de la vie. Elle forge, permet de s'affirmer, et également de se découvrir.

Moi, jeune étudiante infirmière et mes émotions face à la dure réalité de la mort dans la relation soignant-soigné.

Lors de mes stages, j'ai été confrontée à la mort et notamment à l'accompagnement de patient en soins palliatifs durant plusieurs stages. Ces situations de soins ont marqué mes études en soins infirmiers, que ce soit lors du vécu de mon premier décès, ou lors de ma deuxième année qui a été marquée par les services COVID, où les soins palliatifs ont été plus que présents.

C'est au fur et à mesure de ces expériences que j'ai pu aborder la notion de la juste présence. Face à ces situations, j'ai pu observer que chaque soignant réagit à sa manière aux derniers soupirs, chaque soignant crée une relation de soin différente avec chaque patient. L'émotion est présente et s'exprime différemment chez chacun. Il m'a donc paru intéressant de travailler sur ce sujet, afin de comprendre pourquoi les émotions dans les soins sont étouffées et pourquoi la juste présence est-elle tant nécessaire selon les soignants.

Afin de mettre en place mon cheminement, je me suis inspirée de deux situations de soins qui ont été marquantes dans mon parcours de formation. Je les ai rédigées afin de faire émaner mon questionnement. Cette démarche m'a permis d'arriver à ma question de départ. C'est alors que j'ai ensuite effectué des recherches théoriques sur les notions et concepts abordés, que j'ai retranscrites. Par la suite, j'ai réalisé des entretiens avec des infirmiers pour recueillir leur point de vue sur ces notions. Enfin j'ai mis en lien les écrits des différents auteurs et dires des infirmiers dans la discussion.

## 2. Mon cheminement vers la question de départ

### 1- Ma première situation d'appel

La première situation d'appel m'ayant menée à ce travail de recherche porte sur une situation de soins vécue lors de mon premier stage. Ce dernier s'est déroulé en EHPAD.

Dans ce lieu de soins, que l'on appelle plus communément la maison de retraite, les soignants sont amenés à côtoyer différents profils de résidents. Cependant, deux points communs les rassemblent. Cet endroit sera leur dernière résidence, cela n'est donc plus un lieu de soins, mais un lieu de vie. De plus, ces personnes sont dans l'âge d'or et donc j'estime que je leur dois le respect.

Ces individus, aux personnalités toutes différentes, sont souvent très attachants.

Lors de ce stage, je me suis attachée à un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, il avait beaucoup d'humour et aimait se confier aux soignants. Ce monsieur déambulait en permanence, il disait lui-même "ne pas réussir à tenir en place".

Lors de ma troisième semaine au sein de ce lieu de vie, ce patient a fait plusieurs accidents ischémiques transitoires, qui lui ont laissé des séquelles. En effet, cet accident l'a rendu complètement dépendant. Il était alité, car il n'arrivait plus à se mobiliser.

Puis son état s'est dégradé : il ne pouvait plus manger, nous ne pouvions plus communiquer et son teint s'était terni. Je me rendais donc régulièrement dans sa chambre pour m'assurer qu'il était confortable. Je lui faisais régulièrement des soins de bouche ou d'effleurage en fonction de son humeur et de ses besoins.

Le vendredi 4 décembre au matin, alors que je passais dans sa chambre pour lui dire bonjour avant d'aller effectuer les soins d'hygiène de mes autres résidents à charge, j'ai senti qu'il n'allait pas bien et j'ai tout de suite compris que ses heures étaient comptées. Je suis allée faire part à l'infirmière de mon inquiétude. Je suis allée réaliser les deux toilettes de mes autres résidents à charge rapidement pour rejoindre au plus vite l'infirmière dans la chambre de mon patient, afin d'observer le rôle infirmier dans une situation de soins palliatifs, mais aussi pour que ce résident ne soit pas seul. Nous avons donc tout fait pour qu'il soit confortable, du soulagement de la douleur jusqu'au réconfort. Je lui ai pris la main, car il avait pour habitude de le faire avec les soignants et disait que cela lui faisait du bien de ne pas se sentir seul. J'ai donc fait de même pour que le sentiment de solitude s'apaise. Puis rapidement, il a effectué son dernier râle et est parti avec un visage apaisé.

À la suite de cette situation, l'infirmière est venue vers moi pour appréhender ma réaction à la suite du décès. Il est évident que je ne pouvais pas rester indifférente face à cette première confrontation à



la mort. Cependant quelques minutes après j'ai eu besoin de m'isoler pour souffler. Les larmes ont coulé. Je me suis alors reprise en me disant que c'était mon premier décès, c'était donc compréhensible que je sois bouleversée. Plus tard dans la journée, j'ai repensé à ce résident. Je me suis autorisée à lâcher prise en prenant conscience qu'il était parti.

Le mardi suivant, son fils est venu, accompagné des porteurs funéraires, chercher le cercueil pour l'enterrement. Il a tenu à nous adresser quelques mots qui décrivaient très bien ce résident, c'est alors que j'ai de nouveau fondu en larmes en repensant à lui.

## 2- Ma seconde situation d'appel

Ma deuxième situation est survenue lors de mon expérience professionnelle en tant qu'aide soignante, durant l'été, à la fin de ma première année. J'ai pu travailler pendant deux mois en EHPAD sur le site du pôle gériatrique rennais de Chantepie.

Le 6 juillet 2020, je commençais mon travail en tant que soignante et non en tant qu'étudiante.

Lors de mon arrivée, l'équipe m'a présenté les différents résidents que j'allais prendre en soin pendant deux mois.

Un des patients a retenu mon attention, car il était en situation de soins palliatifs, ce qui a tout de suite fait écho à mon premier stage. Mes collègues m'ont expliqué que ses soins d'hygiène se réalisaient en binôme afin d'atténuer la douleur qu'ils pouvaient procurer.

Elles m'ont confié, en sortant de sa chambre, que ce monsieur pouvait se montrer agressif.

En réalisant moi-même ce temps de soin, j'ai compris la raison pour laquelle ce résident pouvait se montrer agressif.

En effet, la prémédication à visée antalgique était distribuée entre 10 à 15 minutes avant le début du soin. J'ai donc supposé que le traitement médical était trop rapproché du soin.

J'ai alors suggéré avec ma collègue infirmière d'essayer d'avancer l'administration de l'antalgique afin de diminuer la douleur lors du soin et donc l'agressivité qui en découlait.

Le soin s'est alors mieux déroulé et le résident se montrait plus apaisé. J'étais satisfaite d'avoir pu soulager cette douleur silencieuse.

Il communiquait énormément par le regard et le toucher. J'ai alors pris le temps nécessaire pour apaiser ce résident. Même si les mots n'étaient pas présents pour le confirmer, les traits de son visage reflétaient son apaisement.

Chaque jour, je prenais un temps avec lui afin qu'il comprenne qu'il n'était pas seul. Il n'avait plus de famille ni de proches. Mes collègues m'ont alors confié que lorsqu'il communiquait verbalement, il disait se sentir abandonné, car il ne voyait personne, ce qui le faisait souffrir moralement.

Son état physique s'est dégradé au fil de l'été, j'ai donc tenté avec l'aide de mes collègues de l'accompagner au mieux psychiquement afin qu'il se sente apaisé.

Lors de mon départ du service, j'ai pris un petit temps pour expliquer à ce résident que je quittais l'établissement. Il m'a alors pris la main en la serrant, et m'a chuchoté: "Je t'aime bien toi, merci".

Ce monsieur est décédé une semaine après mon départ. J'ai été mise au courant par une infirmière ; les larmes me sont alors montées, et je les ai laissées couler, car je ne pouvais pas les retenir. Je me suis rendu compte que je m'étais impliquée dans cette relation de soin plus que pour les autres résidents. Son décès m'a ému, car j'ai pris soin de l'accompagner tout l'été, six jours sur sept.

J'y ai longuement songé pendant plusieurs jours, comme si j'effectuais inconsciemment un travail de deuil.

### 3- Mon questionnement et émergence de ma question de départ

Ces situations vécues ont fait émaner quelques interrogations en moi. En effet, ne pouvant pas contrôler les émotions ressenties, je me suis alors demandé si elles pouvaient influencer sur ma prise en soin de la personne en fin de vie, et s'il y avait un moyen de les contrôler. Doit-on les laisser s'exprimer ou bien toujours garder le contrôle pour ne rien laisser paraître ? Est-ce que mon implication au niveau émotionnelle impacte ma prise en soin ? De plus, je me suis demandé jusqu'où allait la relation de soin entre un soignant et le patient, et jusqu'où moi je souhaitais qu'elle aille. Cependant lors de notre cursus, les formateurs nous évoquent la notion de juste distance, ainsi, y en a-t-elle réellement une dans le soin ? Est-elle fixe pour chaque relation de soin ? Quelle est la juste distance face à la personne en situation de fin de vie ? Est-elle nécessaire lorsque la personne est en fin de vie ? Par quoi cette notion est-elle définie ?

Ainsi y a-t-il des limites à se fixer dans la relation ? Si oui, où ? Quand ? et comment doit-on les mettre en place ?

À la suite de ces situations et de mes interrogations, je me suis rendu compte que plusieurs termes et idées se répétaient dans ma réflexion, ce qui m'a mené à la question de départ suivante :

*En quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant ?*

### 3. Le cadre conceptuel

#### 1. Les soins palliatifs en EHPAD

##### 1.1 Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont très souvent décrits comme un monde à part des autres services de soins généraux classiques.

Selon Malaquin-Pavan, le terme palliatif est reconnu dans le monde médical depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, et portait essentiellement sur le soulagement de la symptomatologie du patient. Cette branche de la médecine s'était penchée dans un premier temps sur la douleur et "l'accompagnement dans le contexte de cancer" (Malaquin-Pavan et coll., 2021, p. 5). Cette prise en soin était opposée au côté curatif, on ne cherche plus à guérir, mais à soulager. Plusieurs définitions ont alors été proposées jusqu'à la création de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), en 1981. Elle définit alors les soins palliatifs comme "des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle." (*Définition Et Organisation Des Soins Palliatifs En France*, n.d.). C'est une approche du soin qui se concentre sur la qualité de vie du patient, d'une manière globale, lorsque ce dernier est atteint d'une maladie grave et incurable et où les traitements curatifs ne répondent plus.

Comme le notifie Malaquin-Pavan, c'est un domaine multidisciplinaire, car on prend en charge le patient dans sa globalité, ses souhaits, ses envies à son entourage. L'objectif des soins palliatifs n'est pas de prolonger la vie coûte que coûte, les priorités sont le confort et l'apaisement du malade et de sa famille.

##### 1.2 Accompagnement du résident en fin de vie en EHPAD

Lorsqu'on évoque la fin de vie, l'EHPAD n'apparaît pas en premier lieu. Cependant, c'est un lieu où la mort y est fréquente, elle fait partie du quotidien.

Comme Hage, J.-F., Cromarias, J., & Plaisant, M.-H (2019), ont pu le notifier, "les soins palliatifs ne concernent la structure que de façon épisodique" (Hage et al., 2019). En effet, même si ce lieu de vie est considéré comme la dernière demeure de ses résidents, l'EHPAD ne doit pas devenir un service de soins palliatifs, cette prise en charge spécifique et prenante doit rester occasionnelle.

De plus, les soignants prennent en charge les résidents sur plusieurs années, cela crée donc une relation de soin particulière qui peut engendrer une “charge affective importante”(Hage et al., 2019) et “un risque de projection”(Hage et al., 2019) élevé, pouvant mettre en avant une faille émotionnelle due à l’attachement induit par la durée de l’accompagnement.

Lorsque la décision de placer un résident en fin de vie est prise, il faut également penser à l’annonce du décès à la famille, mais également aux autres résidents. En effet, lors de la survenue d’un décès, tout le personnel de l’établissement peut être bouleversé.

L’EHPAD a donc une double compétence, c’est à la fois un lieu de soins gériatriques qui peut de façon épisodique devenir un lieu de soins palliatifs.

## 2. Les émotions du soignant

Dans les années 1950, “l’émotion est considérée par la communauté scientifique le plus souvent comme un facteur d’inadaptation, un handicap. Elle provoque des ratés dans l’action. Elle est une perturbation, un dysfonctionnement, une dégradation de la conduite”. (Liefoghe, 2007, 112) Cependant aujourd’hui cette notion a bien changé, comment est-elle alors définie de nos jours?

### 2.1. Définition

Dans le dictionnaire Larousse, une émotion est définie comme “une réaction affective transitoire d’assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l’environnement”(Félix, n.d.). En d’autres termes, une émotion est une réaction psychologique et physique, qui est temporaire, ressentie par une personne, occasionnée par un contexte spécifique. Cette réaction peut être plus ou moins vive.

“L’émotion est associée à l’humeur, au tempérament, à la personnalité et à la disposition, ainsi qu’à la motivation.” (James & Lange, n. d.) Elles sont propres à chaque individu et se forment en fonction de l’expérience de vie de chacun. Lors d’une même situation deux personnes ne vont pas forcément réagir de la même manière émotionnellement parlant.

De plus, les émotions ont des degrés, par exemple il est possible de ressentir de la colère, mais cette émotion peut aller jusqu’à la haine. Elles sont également polarisées, elles peuvent être négatives comme positives. Par exemple, pleurer de joie ou pleurer de tristesse. Les émotions sont spécifiques et le contexte doit être pris en compte afin de les comprendre et les cerner. Ces notions sont exprimées sur le site “Objectif infirmière”.

De surcroît, ce site explique que “l’émotion a un rôle central dans toute analyse comportementale, car elle a un rapport étroit et permanent avec nos décisions et nos actions.”(C, 2020)

C'est-à-dire que nos émotions influent sur notre comportement et notre réflexivité.

### 2.1.1 Les différentes émotions

Selon Catherine Mercadier on identifie 6 émotions dites primaires, elles ont été mises en avant par différents auteurs naturalistes, dans la continuité de Darwin qui avait établi cette base. On y retrouve la joie, la colère, la peur, le dégoût, la tristesse et la surprise. Elles ont pour fonction d’être bio-régulatrice. Elles “permettent au corps de réagir de façon extrêmement rapide, et adaptée à un potentiel événement extérieur, et revenir à son état initial.” (*LES 6 ÉMOTIONS DE BASE*, 2018) En d’autres termes, ces 6 émotions primaires déclenchent un comportement, un instinct de survie. Ainsi, la peur va déclencher la fuite par exemple.

Darwin décrit ces émotions comme “universelles et communicatives”. (James & Lange, n. d.)

De nos jours, les historiens s’accordent pour dire que les émotions de chacun se construisent via la société dans laquelle l’individu vit et qu’elles ne sont donc pas innées.

### 2.1.2 Distinction sentiment et émotion

Selon David Le Breton, on peut distinguer sentiment et émotion. Pour cet anthropologue et sociologue français, “le sentiment se laisse plus facilement saisir par le langage que l’émotion, qui appartient au domaine gestuel.” (Mercadier, 2017, p. 44)

En effet, les émotions entraînent une manifestation interne, sur le plan psychologique, et génèrent une manifestation extérieure sur le plan physique. On peut les reconnaître et les interpréter via l’expression du visage, à travers les mimiques, la couleur de la peau (rougeur ou pâleur), une modification de la voix peut également s’opérer. De plus, le corps de par ses gestes, sa tonicité et l’adaptation de ses systèmes (modification des rythmes respiratoires et cardiaques, redressement des poils), permet de comprendre que les émotions sont alors le miroir de ce que l’on ressent soit de nos sentiments.

## 2.2. La place des émotions dans le soin

L'émotion dans le soin est omniprésente. "Les émotions du malade et de l'infirmière interagissent même "en cascade" tout au long du soin : par exemple le dégoût ressenti par l'infirmière déclenche un sentiment d'humiliation , de honte chez le malade". (Mercadier, 2017, p. 44) Tout comme lorsque l'infirmière est en joie vis-à-vis d'un résultat d'examen, cette joie se communique au patient, ce qui va lui donner l'envie de continuer à s'impliquer dans sa prise en soin. C'est-à-dire que lorsque deux individus entrent en relation, ici en relation de soin, les émotions se communiquent. Ainsi une émotion exprimée par l'infirmière va se répercuter sur le patient, en réponse à celle perçue chez le soignant et vice-versa.

### 2.2.1 La tristesse dans les murs de l'hôpital

"La tristesse à l'hôpital est liée à la mort". (Mercadier, 2017, 63) Selon Catherine Mercadier, dans cet ouvrage, une infirmière interrogée, évoque que d'après son expérience c'est en général le chagrin des proches de la personne décédée qui va entraîner une vague émotionnelle chez le soignant, "cette tristesse est contagieuse" (Mercadier, 2017, p. 63).

Elle exprime également le fait que les soignants arrivent à << supporter >> la mort dans le milieu du soin, cela fait partie de notre métier. Ce qui rend le départ compliqué et douloureux, c'est l'accompagnement qui a été mis en place pour ce patient jusqu'à son dernier souffle.

Ce métier est remuant émotionnellement parlant au vu des situations de vie auxquelles les soignants sont confrontés.

La souffrance provoquant le plus d'émotion triste et difficile à contrôler est "la souffrance morale" (Mercadier, 2017, p. 64), car le soignant est impuissant face à celle-ci, tandis que la souffrance physique peut être apaisée par une prescription médicale.

Une infirmière en service de longue durée témoigne sur l'émotion provoquée par le départ d'un patient après une longue prise en soin. Elle dit qu'en tant qu'être humain des liens se créent inévitablement surtout lorsqu'on sait que l'on va accompagner ses patients jusqu'à leur dernier souffle.

Comme peut l'exprimer Catherine Deshayes, parfois l'émotion se traduisant par des larmes "n'est pas un problème pour la personne qui confie sa tranche de vie", "c'est un accusé de réception sensible, qui se passe de commentaires." (Deshays, 2010, 115). Ainsi une émotion n'est pas que négative, mais

elle peut mettre à mal le soignant, car il est mis à nu face à ses ressentis. “Montrer sa sensibilité n’est pas une intention que l’on peut commander” (Deshays, 2010, 116)

### 2.2.2 Les autres émotions à l’hôpital

Comme cette auteure peut l’expliquer, dans le soin il n’y a pas seulement que cette émotion de tristesse, en effet il existe des moments de joie, de fierté, voir parfois de peur, mais elle exprime le fait que celle qui reste la plus dure à gérer selon elle, sont la tristesse et les larmes, car quand les soignants sont submergés ils ont du mal à faire face. Tout comme la colère, elle dit que c’est “une émotion à dominance intellectuelle et cognitive” (Mercadier, 2017, 56). Comme elle peut le dire, cette émotion est exprimée via la volonté du soignant. En effet, pour qu’une personne soit en colère il faut qu’elle prenne conscience qu’elle a été offensée. Il faut donc être conscient pour pouvoir être en colère.

Selon Catherine Mercadier, la colère est souvent exprimée face à l’agressivité des patients, mais est souvent apaisée, car les soignants se disent que le patient souffre et donc son agressivité vient de là. Cependant plusieurs infirmières témoignent d’une montée de colère face à un décès jugé injuste par les soignants comme peut l’exprimer une infirmière se nommant Marie. Elle évoque le décès d’une “petite de 17 ans qui avait fait une tentative de suicide” qu’ils n’ont pas réussi à rattraper. “C’est révoltant d’avoir la mort, l’échec” (Mercadier, 2017, 58).

Mais l’auteure rebondit sur ce témoignage en exprimant que cette colère s’accompagne souvent d’une tristesse profonde qui est exprimée différemment qu’avec des pleurs.

La colère s’associe régulièrement à la peur. Cette dernière composante est “exprimée de façon récurrente par les soignants” par “la peur de faire mal, surtout aux enfants, la peur de faire souffrir, de nuire, par des soins efficaces ou inadaptés au malade”. (Mercadier, 2017, 59) Cette émotion peut se contrôler pour la plupart des soignants, mais elle peut aussi se transformer en panique.

### 2.2.3 Accentuation des émotions

Catherine Mercadier met en évidence que la solitude accentue les émotions comme la peur, la tristesse. Elle évoque donc la situation du travail de nuit et met en évidence que ces émotions peuvent être décuplées. Tout comme lorsque le soignant effectue un transfert. C’est un mécanisme de défense. “L’identification se fait parfois entre un patient et quelqu’un d’affectivement proche”.

(Mercadier, 2017, 62) Le transfert chez les soignants est redouté, car les émotions sont multipliées du fait qu'ils s'imaginent leurs proches. L'implication émotionnelle peut alors devenir très forte et faire basculer la relation soignant-soigné dans une faille. Le soignant va alors être confronté à des images qu'ils redoutent, car le patient lui renvoie des souvenirs douloureux ou alors des peurs difficiles à gérer.

### 2.3 La gestion des émotions par les soignants

Lors de la formation en soins infirmiers, les soignants sont formés à la maîtrise de leurs émotions, le soignant rentre alors "dans un véritable travail émotionnel qui permet d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité." (Mercadier, 2017, 205) Par neutralité, on entend que le soignant ne s'implique pas, s'abstient du partage de ses émotions. Pour maîtriser cette notion, l'infirmier apprend la capacité à entrer et sortir de l'interaction et n'a donc pas les mêmes codes pour entrer en contact ou alors rompre la relation par rapport aux autres métiers.

Les sens sont également très importants, ils ont un rôle crucial, car ils intensifient l'impact émotionnel. En effet, le toucher, le regard et l'ouïe sont des sens omniprésents dans le soin qui jouent un rôle sur les émotions du soignant.

### 2.4 Les techniques d'évitement dans la prise de contact avec le patient

De plus, les soignants témoignent dans l'ouvrage de Catherine Mercadier de "l'instrumentalisation du soin" qui apparaît comme un mécanisme de défense. (Mercadier, 2017, 208) La technique, les protocoles permettent de se concentrer sur le geste et le soin plutôt que de s'arrêter sur la personne humaine en face, la souffrance. "Analyser la protocolisation des soins comme une ritualisation moderne de l'activité soignante permet de révéler sa fonction protectrice. Elle fait bien partie alors d'un ensemble plus vaste de stratégies qui permettent aux soignants de garder la maîtrise de ses émotions dans le rapport au corps malade." (Mercadier, 2017, p. 209) Le soignant est donc considéré comme un professionnel du soin qui exécute la prescription du médecin.

La parole est également un outil de gestion des émotions pour le soignant. En effet, l'auteur évoque le fait que le silence entraîne un impact émotionnel plus important sur la relation



soignant-soigné. Les émotions sont mises à nu, et les sens accentués. “La parole agit de manière interactive ; en détournant l’attention de la source” émotionnelle. (Mercadier, 2017, p. 213)

Catherine Mercadier explique très justement que la parole n’est pas la même chose que la communication. “Elle n’est pas là pour permettre un échange avec l’autre”, “elle a pour fonction de neutraliser l’émotion”. La discussion tourne autour de sujets d’actualité ou de loisirs du patient.

Ainsi ces techniques de gestion des émotions misent en place, sont propres à chacun. Chaque soignant réagit différemment face à l’émotion. De plus, en fonction de l’émotion ressentie, la gestion ne va pas être la même vis-à-vis de la situation.

### 3. La distance dans la relation de soins et sa place dans les soins palliatifs

#### 3.1. Proxémie dans les soins

Tout d’abord, la proxémie se définit par la “distance qui sépare 2 personnes en situation de communication”. (Le Bihan, 2020) Cette notion a été introduite par un anthropologue, Edward T. Hall, il a défini 4 distances sociales de base lorsque des personnes entrent en interaction sociale.

Il existe l’espace intime allant de 0 à 50 cm, l’espace privé de 50 cm à 1,20 m, l’espace social de 1,20 m à 3,5m et l’espace public, lorsque la distance est de plus de 3,5m. (*cf annexe I*) Cet espace varie en fonction de la situation et du contexte.

Dans une situation de soin, la proxémie évolue au fur et à mesure de la relation soignant-soigné.

Cet espace interpersonnel débute souvent par l’espace social, lors des présentations puis évolue rapidement vers l’espace intime/personnel lors des soins. Ainsi il faut prêter attention à ne pas brusquer le patient.

Lorsque la distance intime/personnelle s’installe, comme l’explique Morgan PITTE, les sens des deux individus entrent en compte et ainsi l’échange sensoriel est très élevé, ce qui amplifie l’impact émotionnel.

## 3.2 Juste distance et juste présence

### 3.2.1 Définition

Dès la première année de formation en soins infirmiers, la juste distance est impliquée. L'évocation de cette notion se fait lors de l'unité d'enseignement 4.2, les soins relationnels. Les étudiants y sont réellement confrontés dès leur premier stage pratique. Ils deviennent acteurs de la relation de soin établie entre eux et le patient. Mais qu'est-ce réellement cette juste distance ? Selon Serge Philippon, "la juste distance n'est pas que la prise de conscience des effets de la relation dans un espace donné et qu'elle s'entend plutôt comme une juste présence mutuellement consentie." (*Limites et Juste Présence dans La Relation entre Un Soignant et Une Personne âgée*, 2012). Le terme de juste distance implique le soignant tandis que le terme de juste présence implique les deux personnes en relation, qui sont le soignant, mais également le client. En effet, on comprend que la juste distance dépend du soignant, qui la fixe, c'est sa barrière. Tandis que la juste présence est un consentement mutuel vis-à-vis de la juste présence à adopter entre les deux acteurs de cette relation de soin, afin que chaque individu s'y retrouve.

### 3.2.2 Son intérêt dans les soins pour le soignant et le patient

"Pour son propre équilibre personnel comme pour un bon accompagnement du patient/client, le professionnel gagne à trouver une juste distance non défensive. Elle lui permet de ne pas être dépassé par une implication passionnée, qui le ferait excessivement souffrir sans aider la personne soignée de façon efficace". (Prayez, 2009, 18) Pascal Prayez met en lumière la notion de souffrance du soignant lorsque la juste distance n'est plus sur le bon curseur. En effet, si l'implication auprès de chaque patient est trop intense, le soignant risque de se retrouver en situation d'épuisement émotionnel, et donc de ne plus être en capacité d'assurer avec efficacité le soin. Cet auteur écrit que la notion de juste présence qui est inculquée via un processus de professionnalisation par l'institution permet au soignant d'effectuer les soins dans un certain apaisement, pour éviter que les émotions du soignant prennent le dessus et ainsi rendre la relation de soin moins efficace qu'elle ne devrait l'être. Cela permet au patient de ne pas se sentir envahi dans son espace intime. La juste présence permet donc la confiance mutuelle sans une dévotion totale à l'autre.

De plus, dans un entretien réalisé par Pascal Prayez avec Philippe Colombat, professeur en hématologie, l'auteur évoque les risques de perte de la distance professionnelle. Le professeur évoque une perte d'objectivité dans les prises de décision. Le risque est de se "perdre dans la relation, par exemple par rapport à un patient qui va décéder, on peut être amené à vivre ce qu'on ressent lorsqu'on a un décès dans sa famille proche". (Prayez, 2009, 109)

Pascal Prayez évoque les soins de longue durée comme les soins palliatifs, en exprimant l'attachement inévitable face à la souffrance de l'autre, qui peut-être physique ou psychologique. Cette notion de souffrance ne peut laisser indifférente. C'est à ce moment-là que la juste présence entre en jeu et doit intervenir pour ne pas submerger le soignant et envahir le patient.

Lorsqu'on évoque distance professionnelle, Pascal Prayez parle d'hyper défensivité par rapport à la distance imposée dans les soins. C'est souvent un mécanisme de défense chez les soignants afin de se protéger face à la souffrance de l'autre pouvant être rencontrée. Dans ce cas de figure, le patient va ainsi ressentir la froideur du soignant et peut ne pas se sentir à l'aise dans la relation de soin. La relation de confiance est ainsi biaisée. L'auteur explique qu'il faut trouver le juste milieu entre le patient et le soignant afin que les deux êtres se sentent en confiance dans la relation et adoptent un équilibre tout en gardant une relation authentique. Mais cette juste présence reste propre à chacun.

### 3.2.3 Une notion subjective à chaque soignant

Comme Pascal Prayez explique dans son ouvrage *Distance professionnelle et qualité du soin*, si la juste présence s'appliquait comme une recette de cuisine dans le soin, tout serait plus simple. Cependant en travaillant avec des humains cela permet de se rendre compte que chacun est différent et donc que le curseur de juste présence est propre à chacun. La juste présence réside également dans la double écoute. "Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime, puis de reconnaître ce qui se passe en soi. Cette deuxième écoute conditionne la première et, d'une certaine manière, ainsi la distance à prendre se situe avant tout par rapport à soi-même..." (Prayez, 2009, p. 70) Ainsi, cela permet de comprendre que la juste présence est propre à chaque soignant, car il repose sur le travail que le soignant fait sur lui-même. "Cette distance par rapport à soi-même consiste à mettre en attente nos émotions, nos pensées, à mettre en suspens nos désirs d'action, sans s'en couper totalement (on garde conscience), mais en restant centré sur la personne." (Prayez, 2009, pp. 70-71) Cette capacité est différente en fonction de chacun et reste subjective.

## 4. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de confronter mes recherches théoriques à la réalité du terrain, j'ai réalisé des entretiens avec des infirmiers diplômés d'État. Le but de cette enquête était d'avoir une vision réelle sur mon sujet. En effet, les émotions et la notion de juste présence dans le soin sont des événements qui se vivent par les personnes au contact des patients, je souhaitais donc avoir une vision authentique de ces deux notions assez subjectives. J'ai donc fait le choix d'utiliser la méthode qualitative, avec des entretiens semi-directifs à questions ouvertes (cf annexe II) ce qui m'a permis de garder un cadre lors de mes entretiens, tout en laissant une certaine liberté d'expression aux personnes interrogées.

Pour débiter, j'ai construit mon guide d'entretien à l'aide des axes de mon cadre conceptuel. Ces derniers étant :

- Les soins palliatifs
- Les émotions du soignant
- La distance dans la relation de soins et sa place dans les soins palliatifs

Ainsi qu'à l'aide de la méthode "contexte, soignant, patient". Cette méthode m'a permis de balayer mes 3 axes et de les lier entre eux.

De plus, j'ai établi des objectifs afin de cadrer et cibler mes questions sur ce qui m'intéressait.

- Comprendre quelle place est accordée à l'émotion dans le soin
- Entendre si les soignants ressentent une différence d'engagement émotionnel entre soins palliatifs et soins généraux
- Observer où se place la notion de juste distance et juste présence d'un point de vue soignant

J'ai donc établi 9 questions qui me semblaient pertinentes pour poursuivre par la suite mes recherches.

J'ai ensuite réfléchi aux profils des professionnels à interroger. Il m'a donc semblé cohérent de m'entretenir avec 2 infirmiers ayant vécu des expériences différentes. Le premier entretien, je l'ai réalisé avec une infirmière française ayant travaillé pendant 1 an dans un service de cardiologie de nuit. Elle est ensuite partie travailler au Québec par la suite, à l'institut de cardiologie de Montréal depuis 4 mois. Elle a été confrontée à plusieurs situations de soins palliatifs que ce soit en France ou à l'institut. Le deuxième infirmier que j'ai choisi d'interroger est également un infirmier français parti

travailler à l'institut de cardiologie de Montréal depuis un an. Il a eu de nombreuses expériences de travail en France, à l'hôpital public puis en tant qu'infirmier libéral. Cet infirmier a été confronté également à de nombreuses situations de soins palliatifs.

J'ai fait le choix de m'entretenir avec une jeune diplômée et un infirmier ayant plus d'expérience afin de comprendre si l'expérience sur le terrain avait un impact sur l'engagement émotionnel et la notion de juste présence dans le soin et notamment en situation palliative.

Je n'avais pas de critères sur le service en particulier que je souhaitais interroger, car je souhaitais entendre la différence entre les soins généraux et les soins palliatifs.

Mon stage de S6-1 s'est déroulé au sein de l'institut de cardiologie de Montréal, au 4e centre. J'ai donc naturellement choisi les professionnels parmi ce service. Ces deux professionnels ayant déjà rencontré des situations de soins palliatifs.

Je connaissais les deux infirmiers, ce qui a facilité l'échange lors des entretiens.

J'ai donc réalisé ces échanges à distance, lors de mon retour en France et ai enregistré ces entretiens grâce à mon téléphone. Le premier entretien a duré 23 minutes, tandis que le deuxième entretien a duré 16 minutes.

Durant l'entretien je me suis sentie en difficulté par le fait de ne jamais avoir réalisé d'entretien de ce type auparavant. Quand j'ai senti que l'on s'écartait de mon sujet, je me suis retrouvée en difficulté pour recentrer les propos et revenir au cadre de mon guide d'entretien. De plus, j'ai senti les professionnels avoir du mal avec la notion de juste présence, que j'ai moi-même pu découvrir lors de mes recherches, ce qui a limité les réponses. J'ajouterais que le fait de ne pas pouvoir donner mon avis sur la réponse donnée par le professionnel me bloquait. Enfin, une des questions de mon guide d'entretien a induit une réponse trop personnelle, que je ne me voyais pas analyser car cela aurait pu fausser mon analyse.

À la suite de la retranscription de mes entretiens, j'ai donc pu analyser ces données afin de les confronter à mes recherches théoriques.

## 5. Analyse des entretiens infirmiers

Pour préserver l'anonymat des deux professionnels interrogés, j'ai identifié la jeune infirmière par IDE 1 et l'infirmier avec plus d'expériences par IDE 2. Je vais analyser, question par question les réponses des soignants. J'ai fait le choix de ne pas analyser la huitième question de mon guide d'entretien, car elle fait appel à des situations trop personnelles pour les soignants et devient alors compliquée à analyser.

### 1. La place de l'émotion dans le soin

J'ai tout d'abord questionné les infirmiers sur la place de l'émotion dans le soin. Ils se sont accordés pour dire que cette composante était présente dans la relation soignant-soigné. L'IDE 1 m'a répété à 3 reprises que pour elle l'émotion était "une partie à part entière du soin", car il y avait un "minimum d'émotion" qui circulait entre deux personnes qui entrent en relation de n'importe quelle manière qu'elle soit. L'IDE 2 a nuancé ses propos, en incluant la notion théorique. Selon lui, l'émotion "ne doit pas avoir une trop grande place dans le soin en théorie", mais il contrebalance en ajoutant qu'il y a tout de même "un minimum d'émotion" dans la relation de soin. Il expose aussi la notion de subjectivité. En effet, il explique que cette composante est différente en fonction de chaque personne. Certains sujets vont être plus émotifs que d'autres, ainsi la place de l'émotion varie entre chaque relation de soin, elle a une "place plus ou moins importante selon les personnes".

Afin de comprendre la place de cette composante dans le soin, l'IDE 1 m'a cité quelques causes probables et qu'elle avait pu identifier, déclencheur d'émotions. Elle expose notamment le fait que c'est une relation entre deux humains et donc que dans toute interaction selon elle, l'émotion est présente, mais pas avec la même intensité. De plus, elle évoque le contexte de soin qui paraît avoir une charge émotionnelle plus importante.

### 2. L'émotion en situation de soins palliatifs

On identifie souvent les soins palliatifs à des situations qui peuvent être dures émotionnellement. Les soignants m'ont donc confirmé que l'émotion pouvait être plus prenante et plus importante face à ces situations de soins. L'IDE 1 m'a parlé de "décharge émotionnelle retransmise aux soignants" de par les situations de vie, les pathologies, la souffrance apparente, ce qui peut impacter les soignants.

Les infirmiers interrogés évoquent également une réelle notion d'accompagnement vers l'apaisement, pour les derniers instants de vie du patient. Les soignants accompagnent vers la mort, ce qui reste une situation à l'engagement émotionnel fort. Ainsi, le contexte influencerait sur la composante émotionnelle, car dans cette conjoncture, "la famille se greffe à la situation de soin" (IDE 1), de plus "l'histoire qu'il y a derrière le patient et le fait qu'on l'accompagne vers ces derniers jours" (IDE 2), intensifie la relation soignant-soigné et lui donne une autre dimension. Cependant l'IDE 2 rappelle la notion de différence théorie/pratique. Il dit que sur le papier "un soignant est censé soigner de la même façon chaque patient".

### 3. Ressentis et émotions face au décès

En lien avec les soins palliatifs, j'ai ensuite demandé quels ressentis ils pouvaient avoir, ainsi que les émotions qui peuvent être impliquées face à un décès. Ainsi l'IDE 1 m'a alors dit que lorsque le décès survient chez un patient qu'elle a pu accompagner, elle ressent de l'attachement et une certaine implication, elle exprime le fait que la "relation soignant-soigné" se renforce dans ces moments-là. En ayant pris un exemple pour m'imaginer ce qu'elle ressentait, elle m'a confié qu'elle éprouvait la "nécessité de prendre un temps avec la patiente pour lui dire au revoir". De son côté, l'IDE 2 a mis en avant le fait que chacun ressent "un minimum de choses devant la mort", mais il a aussi souligné qu'il ne saurait pas en mesure de me décrire ce qu'il pouvait ressentir, car "chaque relation soignant-soigné" est différente et singulière. L'émotion diffère en fonction de la prise en soin mise en place, et du patient avec toutes ses composantes, mais également du soignant.

### 4. L'implication émotionnelle entre soins généraux et soins palliatifs

En faisant un parallèle entre services généraux et service de soins palliatifs, les deux infirmiers m'ont exprimé la même idée. Les soins palliatifs sont un service où l'émotion est beaucoup plus présente et l'affecte rentre en compte. L'IDE 1 notifie que la durée de l'accompagnement rentre en compte, l'attachement est plus probable qu'en service de soins généraux où les prises en soin sont, pour la plupart des patients, sur du court terme. Lors de mon deuxième entretien, l'IDE 2 a évoqué une notion intéressante sur l'expérience. En effet selon lui, "pour travailler dans un service de soins palliatifs, il faut être forgé et se connaître, avoir de l'expérience" afin d'apprendre à gérer et apprivoiser ses émotions dans la relation de soin. L'expérience est-elle alors nécessaire avant d'exercer dans ce service ?

Enfin les deux soignants s'accordent sur la notion de service différent du reste. Pour l'IDE 1, les soins palliatifs sont des "services beaucoup plus dans l'humain". Et l'IDE 2 ajoute qu'on y rencontre des "situations de soins plus prenantes", ça n'est "pas le même type de soins ni le même but de soins", "c'est une autre façon de soigner". Les éléments évoqués par les 2 soignants sont assez similaires, et ils apportent chacun des éléments complémentaires.

## 5. La juste distance, définition et intérêt

La juste distance est une notion abstraite, mais qui fait partie de la relation de soin. Il est donc intéressant d'avoir l'image des soignants sur cette composante.

L'IDE 1 décrit donc la juste distance comme une distance, "une sorte de barrière", de "distance naturelle" dans la relation de soin. Elle met en évidence l'implication. Mais elle tient à différencier l'implication personnelle de l'implication professionnelle ; la subtilité se retrouve dans cette nuance selon elle. De plus l'expérience rentre également en compte, "en début de carrière, il est plus difficile de conserver en permanence cette juste distance". Elle affirme qu'avec le temps et les expériences rencontrées, la juste distance se met en place naturellement.

Le deuxième infirmier évoque l'empathie et la protection de soi, "c'est savoir être dans la communication et l'empathie dans le soin tout en se protégeant et ne pas s'impliquer trop".

Il insiste sur la notion de protection en ne s'impliquant pas, en restant à sa place de soignant. Il revient dessus à 3 reprises. Ainsi les notions résumant la juste distance pour lui, sont l'empathie tout en veillant à son implication dans la relation, et en se protégeant, afin que son "travail et son état d'esprit ne soient pas trop affectés". La juste distance jouerait alors un rôle sur l'état d'esprit du soignant et sur son travail.

## 6. La notion de juste présence

Sur la question de la juste présence, les soignants ont montré des difficultés à répondre, car il n'avait jamais évoqué ce terme. Ainsi tous les deux ont décrit la juste présence comme une composante plus physique et la juste distance comme une notion de l'ordre psychologique. L'IDE 1 a décrit la juste présence en apprenant "à ne pas être trop présent dans la chambre de patient" et en respectant l'intimité de ce dernier. Pour l'IDE 2, les idées rejoignent celles de la première infirmière interrogée, il ajoute que la juste présence c'est "savoir se retirer de la situation de soins", en d'autres termes, "ne pas empiéter sur le terrain du patient". Ce qui revient au respect de l'espace intime du client de soin.



Il évoque aussi une notion intéressante, “si la notion de juste présence est dépassée, cela veut dire que la notion de juste distance est mise à mal”. Ainsi on comprend, de par les définitions données ci-dessus, que lorsque le soignant empiète sur l’espace intime du patient, caractérisé par la juste présence, une brèche est ouverte sur la juste distance.

## 7. La frontière entre juste distance et juste présence

Il est intéressant ainsi d’entendre où se trouve alors la frontière entre ces deux termes abstraits pour les soignants, qui sont au contact du soin chaque jour. Ils évoquent la frontière physique/psychologique pour différencier et analyser ses deux notions. L’IDE 1 place la juste distance “au niveau des émotions, de l’implication” , tandis que la juste présence est placée au niveau de l’espace physique du patient. De même pour l’IDE 2, qui a cependant évoqué, après réflexion, une notion intéressante. Selon lui, “la juste présence est un terme plus positif, que la juste distance qui amène directement à penser à l’éloignement”. La juste présence reviendrait alors à la juste distance, mais permettrait d’évoquer cette notion d’équilibre de manière méliorative, en évoquant une présence plutôt qu’une distance.

## 8. Les outils soignants face à la juste présence déplacée

Après avoir évoqué la notion de juste distance et juste présence, je trouvais intéressant d’interroger les soignants sur les outils dont ils disposent afin de retrouver le bon curseur dans la relation de soins. Ainsi chacun des deux soignants a pu évoquer sa méthode. L’IDE 1 effectue une dissociation entre le patient et la pathologie, “je vois plutôt la pathologie plutôt que la personne et ça m’aide vraiment à mettre une sorte de barrière”. L’infirmière ajoute cependant ne jamais avoir “été confrontée à un débordement émotionnel”. Cette précision rajoutée en bout de phrase est-elle faite pour se protéger et se rassurer sur cette notion ?

Pour l’infirmier 2, l’équipe soignante est primordiale et est un élément vers lequel il se tourne lorsqu’il peut se trouver en difficulté, dans un but d’échange et de conseil, afin de pouvoir “remettre une sorte de cadre à la relation de soin”. Lorsque la juste présence n’est plus présente, il n’hésite pas à passer “la main à quelqu’un d’autre de l’équipe”.

## 5. Discussion

Dans cette partie je vais confronter les données théoriques, exposées par les auteurs sur les différentes notions de mon travail de recherche, ainsi que les données recueillies lors de mes entretiens avec des infirmiers. J'intégrerai également ma réflexion sur ce travail.

Ma question de départ étant : "En quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant ?"

J'ai fait le choix de ne pas aborder les soins palliatifs dans une partie à part entière mais de l'intégrer dans mes deux grands concepts qui sont l'émotion du soignant ainsi que la distance dans la relation de soin. En effet, selon moi les soins palliatifs représentent le contexte.

Au début de mon travail de recherche, les émotions étaient pour moi à bannir du soin, car elle n'avait pas de place. Elles faisaient appel à une implication trop importante dans la relation de soin, selon moi. Cependant, grâce à ce travail d'initiation à la recherche j'ai pu me questionner sur cette notion et l'appivoiser.

Lors de ma formation en soins infirmiers, j'ai eu l'impression que l'on nous enseignait la neutralité émotionnelle. Les étudiants tentent de maîtriser leurs émotions et ainsi être dans le contrôle permanent. Au long de ses 3 années d'études, je me suis rendue compte que j'avais effectué un travail émotionnel sur moi même qui m'a permis d'évoluer tout au long de mes stages et de ma formation. Cependant face à des situations de soins palliatifs je me retrouve souvent face à mes émotions et c'est dans ces situations de soins que je sens que je perds le contrôle.

Évoquant plusieurs fois la relation soignant-soigné, mais ne l'ayant pas défini lors de mon cadre conceptuel, il me paraît cohérent de définir ce concept à l'aide de la définition de Morgan PITTE, cadre de santé. Cette dernière intègre deux personnes, le soignant et le soigné. On identifie le soignant comme la personne délivrant les soins et le soigné comme la personne nécessitant des soins afin de retourner petit à petit vers une autonomie. La relation est la rencontre entre deux êtres, les personnes sont alors mises en lien. La relation soignant-soigné est donc un lien entre le soignant et le soigné, un rapport mutuel à l'autre. Ce lien se trouve asymétrique du fait que le soignant a la connaissance des soins tandis que le soigné n'a pas la connaissance et nécessite les soins du soignant. (PITTE, 2019)

Les soins palliatifs témoignent, pour les auteurs cités dans mon cadre théorique et les soignants interrogés, d'une charge émotionnelle importante. Selon moi cet accompagnement n'est

pas anodin, il témoigne d'une longue prise en soin et d'un accompagnement avant tout. Ainsi le départ d'un patient après son accompagnement dans une situation de soins palliatifs joue sur la charge émotionnelle qu'apporte ce départ, comme le précise les infirmiers avec qui j'ai pu m'entretenir. Le but de ce service est l'accompagnement vers l'apaisement, le confort avant les derniers instants de vie. Ainsi, comme le notifient les soignants, l'engagement émotionnel reste spécial et fort dans cette configuration de soins.

En effet, la prise en soin palliative est selon moi assez spécifique. Je trouve que la relation de soin y est différente. Elle relève de l'accompagnement vers les derniers moments de vie, ce qui représente une charge affective importante comme le notifient les auteurs et également un risque de transfert important. Le transfert est le fait de transposer une situation présente à une situation personnelle. Si ce dernier se produit il peut donc mettre à mal le soignant qui s'appliquerait de façon inappropriée dans cette relation soignant-soigné.

De plus, dans les soins palliatifs, le but curatif est totalement mis de côté afin de pouvoir soulager et apporter du confort selon les cours de l'unité d'enseignement 4.7 et mes expériences de stages. Ainsi c'est une relation où la bienveillance, l'écoute, le plaisir sont les maîtres mots. Cette relation de soin spécifique renforce le lien entre soignant et patient ce qui amène une charge émotionnelle qui peut être plus importante selon les infirmiers interrogés.

La durée de l'accompagnement comme le notifient les auteurs ainsi que les soignants renforce cette notion d'attachement. En outre, se retrouver face à la souffrance, aux situations de vie, sur lesquelles on prend plus de temps pour les écouter, et les comprendre, peut provoquer une vague émotionnelle pour le soignant comme me l'a précisée l'infirmière interrogée lors de mon premier entretien. C'est une idée que je partage au vue de la situation de soin qui est singulière.

En évoquant cette prise en soin spécifique lors de mon entretien avec les soignants, l'un d'eux m'a parlé d'expérience. Selon lui, cette dernière est recommandée pour travailler dans ce service de soin. Mais est-ce que l'expérience est-elle réellement nécessaire? Certains jeunes infirmiers diplômés d'état débutent leur carrière dans ce service et n'ont pas de problème d'implication. Selon moi, je dirais que cette notion est subjective à chacun. En effet, je pense qu'un jeune diplômé peut très bien réussir à travailler dans ce service sans se laisser submerger tandis qu'une infirmière comptant plusieurs années d'expériences dans d'autres services, va se retrouver totalement submergée face à la situation de soins spécifiques engagée dans cette unité. Cela me mène ainsi à évoquer la subjectivité de l'implication émotionnelle.

Au fil de mes recherches je me suis penchée sur la subjectivité émotionnelle. J'ai alors pu comprendre avec les différents écrits de James & Lange, que l'émotion s'associe à la personnalité.

Etant donné que chaque humain possède sa propre personnalité, les réactions émotionnelles sont de ce fait également propre à chacun.

Je trouve intéressante la notion d'expérience de vie, avancée par les auteurs, qui détermine le tempérament émotionnel de chacun. J'en retiens donc que les chemins de vie de chacun dessinent la personnalité émotionnelle. Cependant je pense que chacun y réagit différemment. Une même expérience de vie pourrait amener une personne à se "forger" tandis que cette même expérience pourrait toucher émotionnellement quelqu'un. Cette notion de subjectivité est pour moi très importante. Ainsi je pense que l'expérience est nécessaire en fonction des tempéraments de chacun.

La prise en soin peut également rendre la charge émotionnelle plus ou moins importante, elle dépend de l'engagement du patient dans sa prise en soin, mais également du soignant. Je comprends donc que l'émotion reste subjective et varie en fonction de multiples composantes.

De plus, l'émotion n'est pas que négative cependant elle peut mettre à nu le soignant, face à ses ressentis. C'est quelque chose qui reste dur à commander selon Catherine Deshays. Ainsi toutes les émotions ne peuvent pas être dominées et contrôlées, certaines restent plus fortes à refouler. Notamment lorsqu'elles sont inconscientes et qu'elles prennent le dessus. Le soignant cherche alors à être dans le contrôle permanent, que ce soit dans la relation de soin, autant que dans son comportement. Cela reviendrait ainsi à jouer un rôle pour se protéger et ne pas se retrouver face à ces émotions. Si le patient vient à toucher une corde sensible chez le soignant et trouver son talon d'Achille il peut perturber le soignant qui ne se retrouve plus en total contrôle de la situation et ainsi impacter ce dernier.

En fonction de l'engagement émotionnel, quel peut être alors son impact sur le soignant?

Après avoir compris que l'émotion est présente dans le soin mais à différentes échelles selon la subjectivité de cette composante, je vais m'intéresser à l'impact que cette dernière peut avoir sur le soignant.

Avec les recherches que j'ai pu effectuer sur ce sujet, j'ai appris que l'émotion joue un rôle central sur le comportement de la personne. Ainsi elle influe sur les décisions et les actions du soignant. Notre réflexivité peut donc être compromise. L'infirmier interrogé m'a également confié que s'il s'implique trop dans une relation de soin, son travail et son état d'esprit seraient impactés. L'implication joue alors un rôle sur l'état d'esprit du soignant et sa prise de décision.

L'infirmière interrogée m'a évoqué la différenciation entre deux implications, l'implication personnelle et professionnelle. Je trouve très intéressant la distinction entre ces deux notions. J'en comprend qu'elle s'implique, dans son travail, de façon professionnelle sans s'impliquer de façon personnelle dans la relation de soin. Cependant je pense que cette distinction n'est pas évidente pour chacun et qu'un travail est nécessaire sur soi-même.

L'implication émotionnelle trop importante peut mener à l'épuisement émotionnel. Cela se définit par un "état de surcharge face à l'effort. On ne parle pas uniquement d'excès professionnels, mais aussi de la charge d'assumer des conflits, des responsabilités ou des stimuli de type émotionnels ou cognitifs". (*L'épuisement émotionnel : Lorsqu'on Exige Trop De Soi Et Qu'on Veut être Fort*, 2018)

Le risque ainsi d'une trop grande implication émotionnelle, est l'état d'épuisement du soignant.

C'est pourquoi la juste distance est un outil permettant d'éviter une trop grande implication dans la relation de soin. Mais qu'est-ce que cette notion implique-t-elle réellement dans le soin?

La juste distance apparaît donc comme l'outil permettant au soignant de conserver une relation de soin adéquate au contexte. Elle est définie par une juste présence qui est consentie par les deux éléments partageant cette relation soignant-soigné selon Serge Philippon. Les soignants interrogés rejoignent cette définition en y introduisant la notion de protection de leur personne. Y aurait-il une notion de dangerosité à trop s'impliquer dans la relation de soin? C'est ce que cette notion de protection amène à penser. En effet, de mon point de vue lorsque je m'implique trop dans une relation de soin je me retrouve avec une difficulté à contrôler mes émotions et ainsi à être efficace dans la relation de soin. La juste présence est alors un outil relationnel qui permet au soignant de garder le contrôle sur la relation soignant-soigné.

Lors de l'entretien avec le deuxième infirmier celui-ci à évoquer la notion de juste présence comme le respect de l'espace intime du patient. Cela permet donc d'intégrer la personne soignée dans cette notion de juste présence car en effet elle implique les deux éléments qui entre en relation soit le soignant et le soigné.

De plus, une notion que je trouve très intéressante a également été évoquée par cet infirmier. La juste présence serait alors une manière améliorative de nommer la juste distance. En effet, dans le soin on évoque beaucoup le terme de distance, cependant une relation de soin implique la notion de présence avant tout. Par conséquent on peut donc dire que la juste présence revient à la juste distance mais en incluant la notion de présence avant tout plutôt que de distance.

L'expérience dans le soin, selon moi, permet tout de même de se forger car au fur et à mesure de rencontrer des situations de soins cela permet de relativiser et de prendre un certain recul sur la situation. Mais malgré tout cela reste dépendant en fonction des personnes car certains n'arriveront pas à prendre de recul.

En plus de la juste présence, je me suis rendue compte que d'autres mécanismes de défenses peuvent être mis en place. Catherine Mercadier évoque l'instrumentalisation du soin. Je me retrouve dans cette notion. En effet, les protocoles de soins apparaissent comme "un gilet pare-balle" pour le

soignant. La concentration sur un geste et non sur l'humain en nécessité de soins, permet de se protéger et former une sorte de bulle protectrice pour ne pas se sentir submergée.

Lors de mes stages je me suis rendue compte que souvent lorsque j'avais un soin à réaliser j'étais incapable d'engager une discussion il fallait absolument que je me concentre sur le soin à réaliser. Mais est-ce que cela ne traduirait pas le fait que l'émotion est difficilement gérable par rapport au soin? En effet, les étudiants découvrent le milieu du soin et sa complexité au fur et à mesure des stages. Ainsi, je me suis rendue compte que j'évoluais un peu plus à chaque stage, j'arrive maintenant à jongler entre le soin et son protocole ainsi que la communication dans la relation soignant-soigné.

Les soignants que j'ai pu interroger m'ont chacun évoqué un mécanisme de défense leur permettant de gérer leur implication émotionnelle.

La juste présence permet alors d'adopter la bonne attitude dans la relation de soin. Si cette notion est dépassée de part l'implication émotionnelle du soignant, quel est le risque?

Les auteurs évoquent ainsi un risque de transfert notamment via le décès lors de soins palliatifs. Selon moi, ce risque est tout à fait réel, j'ai déjà pu l'observer chez moi ou chez d'autres soignants. On peut donc revenir au terme de protection que les soignants évoquent plusieurs fois. Le but étant de ne pas se retrouver dans une faille relationnelle, qui viendrait impacter le soignant sur sa propre personne, et le placer dans un épuisement émotionnel et ainsi ne plus pouvoir assurer le soin avec efficacité.

Cependant je trouve important de rappeler que chacun à un curseur de juste présence propre à chaque personne. En effet, deux soignants peuvent avoir des curseurs totalement différents. Un soignant ayant des difficultés avec son implication émotionnelle va pouvoir mettre une juste présence plus distante que quelqu'un d'autre qui n'aura pas de soucis avec ses émotions et donc qui aura une juste présence plus faible. C'est donc un critère subjectif à chaque soignant. Le fait d'arriver à mettre en attente ses émotions et pensées tout en gardant en conscience ces dernières, ce qui reste différent en fonction de chaque soignant.

A la suite de cette réflexion j'ai donc compris que l'émotion était une composante à part entière du soin. Les soins palliatifs entraînent une relation soignant-soigné qui peut être plus forte que lors d'une prise en soin pour diverses pathologies. En effet, de part la situation du patient, l'engagement émotionnel y est plus fort. Ainsi la juste présence, dans ce contexte de soin, ne peut, à mon sens, se retrouver au même curseur que dans un service de soins généraux. En service de soins

palliatifs, le patient est au centre de la prise en soin, on ne parle plus de pathologie seulement, mais de confort avant tout. De plus, la famille se joint à la relation soignant-soigné, des histoires de vie sont confiées aux soignants. On comprend donc que l'implication émotionnelle du soignant est plus importante ce qui peut le mener à l'épuisement émotionnel. On peut donc reformuler la question de départ en ajustant l'objet du questionnement en question de recherche :

Dans quelle mesure une juste présence inadéquate dans l'accompagnement d'un patient en soins palliatifs peut-elle mener à l'épuisement émotionnel du soignant?

## 6. Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers n'a pas été un exercice simple. Remuant, intéressant, et prenant, ce sujet, qui me tenait à cœur, m'a permis d'effectuer un travail sur moi-même.

Après une situation vécue lors de ma première prise de poste en tant qu'aide soignante, je me suis retrouvée face à mes émotions lors du décès d'un de mes patients. Ayant vécu une situation similaire lors de mon premier stage dans cette formation, j'ai alors choisi d'effectuer mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'implication émotionnelle et la juste présence lors d'une situation de soins palliatifs. Les questionnements qui m'étaient apparus à la suite de ces prises en soins, m'ont permis d'établir une problématique pour débiter ce travail de recherche.

Ainsi j'ai pu comprendre grâce à mes recherches théoriques, et les entretiens menés, que les émotions dans la relation soignant-soigné ne peuvent être complètement maîtrisées. Le soignant ne doit pas faire preuve de neutralité émotionnelle face à toute situation. L'émotion est présente dans le soin et représente une composante à part entière de la relation soignant-soigné permettant de tisser un lien entre les deux personnes.

Cependant, si l'implication émotionnelle est trop présente dans la relation de soins, le soignant peut se retrouver en difficulté lors de ses prises en soins. L'émotion joue un rôle sur la prise de décision, l'efficacité dans les soins et la remise en question du soignant.

De plus, les émotions sont subjectives à chaque personne, ce qui est un aspect de cette composante que je n'avais pas envisagée auparavant, bien qu'apparaissant comme une évidence au fur et à mesure de mes recherches. Ainsi, il paraît important de ne pas faire preuve de neutralité émotionnelle, mais de savoir maîtriser cette implication afin de ne pas se retrouver en difficulté dans une prise en soin. Cette maîtrise appartient à chaque soignant, c'est ce dernier qui apprend à se fixer sa propre limite, en fonction du sens qu'il a envie de donner aux soins, et en fonction de lui.

Ce qui permet de limiter cette implication émotionnelle, c'est la juste présence. Cette notion est également subjective à chaque soignant car chaque personne n'adopte pas le même curseur de juste présence. Cet outil relationnel permet ainsi de redonner le cadre de la relation en rappelant les rôles des personnes en interaction afin qu'elle soit en adéquation avec le contexte.

Elle permet également aux soignants de se protéger, car confrontés souvent à des situations de soins et de vie difficiles, ces derniers risquent de se retrouver dans une situation émotionnelle remuante. Elle a donc une fonction protectrice face à l'épuisement émotionnel du soignant.



Durant ce travail de réflexion et de recherches, j'ai rencontré quelques difficultés. Dès les premières recherches concernant le cadre conceptuel, je me suis retrouvée perdue. Confrontée à plusieurs termes nouveaux, je n'arrivais pas à poser un cadre dans mes recherches et ainsi choisir la direction que je voulais donner à mon écrit. Par la suite, l'élaboration de mon guide d'entretien m'a posé problème car n'en ayant jamais élaboré auparavant je ne parvenais pas à synthétiser mes questions. De plus, en employant le terme de juste présence, je me suis retrouvé en difficulté lors de mes recherches mais également lors de mes entretiens auprès des infirmiers diplômés d'Etat. En effet, cette notion est souvent appelée juste distance, cependant ces 2 termes sont à distinguer car la juste présence inclut à la fois le patient et le soignant tandis que la juste distance n'inclut que le soignant. Enfin, l'écriture de ce mémoire m'a pris beaucoup de temps, dû à la tournure des phrases, limiter les répétitions, essayer de trouver un enchaînement logique pour rendre la lecture de ce travail plus agréable.

Grâce à cet exercice j'ai ainsi pu enrichir mon vocabulaire et améliorer ma syntaxe. Je me suis rendue compte que j'étais capable de produire un document de plus de vingt pages, exercice qui me paraissait insurmontable. J'ai également beaucoup appris sur moi-même, ce qui est à mes yeux, le plus important. J'ai pu apprendre à gérer mes montées d'anxiété face à une grosse charge de travail, apprendre à me fixer des objectifs et les réaliser avec des deadlines et donc en quelques mots, m'organiser. De plus, ayant toujours cherché à dissimuler mes émotions, j'ai pu comprendre qu'elle n'était pas une faiblesse mais que je pouvais en faire une force, en travaillant dessus. Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a également permis de me familiariser avec l'exercice de la démarche de recherche.

Cet exercice va me permettre d'analyser ma propre pratique professionnelle en tant que future infirmière diplômée d'Etat. Ainsi je vais pouvoir mettre en pratique les éléments découverts lors de mes recherches. Comme, travailler sur mon implication émotionnelle, non plus dans un but de refouler mes émotions par honte, mais dans un objectif de protection face à l'épuisement émotionnel. Je vais également pouvoir appliquer la notion de juste présence dans les prises en soins, afin de comprendre où se trouve mon propre curseur, afin de me sentir à l'aise dans la relation soignant-soigné.



## 7. Bibliographie

### Image couverture:

- Legoupi, S. (2017, 25 avril). [Patient en fin de vie et soignant]. Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/images/profession-infirmiere/credit-photo-legoupi-fin-vie-g.jpg>

### Ouvrages:

- Deshays, C. (2010). Trouver la bonne distance avec l'autre: grâce au curseur relationnel. InterEditions.
- Malaquin-Pavan, É., Jouteau-Neves, C., & Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. (2021). L'infirmier(e) et les soins palliatifs: Prendre soin : éthique et pratiques (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Ed.). Elsevier Masson.
- Mercadier, C. (2017). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital: le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné. Seli Arslan.
- Prayez, P. (2009). Distance professionnelle et qualité du soin (P. Prayez, Ed.). Ed. Lamarre.

### Périodiques:

- Doutreligne, S., Hervy, M.-P., & Ruault, G. (2009, Août). Soins palliatifs en EHPAD: une utopie réalisable. Revue hospitalière de France, 529, pp. 51-56.
- Liefoghe, B. (n.d.). L'implication émotionnelle: Visées, intérêts et risques pour le client. Gestalt, 33, pp. 111-124. <https://doi.org/10.3917/gest.033.0111>
- Philippon, S. (2012). Limites et juste présence dans la relation entre un soignant et une personne âgée. Perspective soignante, 45, pp. 64-72.

### Sites Web:

- C, A. (2020, Mars 15). SEMESTRE 1 - UE 1.1 Psychologie, Anthropologie, Sociologie. Objectif infirmière. <https://objectif-infirmiere.fr/2020/03/15/semestre1-psychologie-anthropologie-sociologie/>
- Définition et organisation des soins palliatifs en France. (n.d.). SFAP. <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
- Félix, I. (n.d.). Définitions : émotion - Dictionnaire de français Larousse. Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

- Hage, J.-F., Cromarias, J., & Plaisant, M.-H. (2019, Mars 7). Soins palliatifs de la personne âgée en EHPAD. codespa 36.  
[http://www.codespa36.fr/wa\\_files/Soins\\_20palliatifs\\_20en\\_20EHPAD.pdf](http://www.codespa36.fr/wa_files/Soins_20palliatifs_20en_20EHPAD.pdf)
- James, W., & Lange, C. (n.d.). Émotion. Wikipédia.  
<https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89motion>
- Les 6 émotions de base. (2018, Juillet 14). État Mental.  
<https://etatmental.com/les-6-emotions-de-base/>
- L'épuisement émotionnel : lorsqu'on exige trop de soi et qu'on veut être fort. (2018, Décembre 18). Psychologue.net.  
<https://www.psychologue.net/articles/lepuisement-emotionnel-la-consequence-dune-exigence-de-soi>
- Limites et juste présence dans la relation entre un soignant et une personne âgée. (n.d.). Base SantéPsy. [https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice\\_display&id=212200](https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice_display&id=212200)
- PITTE, M. (2019, Août 3). La proxémie - Cours soignants. espace soignant.  
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/proxemie>
- PITTE, M. (2019, Août 3). La relation soignant/soigné - Cours soignants. espace soignant.  
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne>
- BESSON, A. (n.d.) Quelles sont nos 6 émotions primaires? Mieux les comprendre pour mieux les appréhender. Audrey BESSON. <https://audreybesson.fr/6-emotions-primaires-definition/>

Cours magistral:

- Le Bihan, C. (2020, février 12). Théorie sur la communication [Cours Magistral].

## Annexes

- **Annexe I : La proxémie**
- **Annexe II : Guide d'entretien**
- **Annexe III : Entretien IDE ICM n°1**
- **Annexe IV : Entretien IDE ICM n°2**
- **Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens**



Source: <http://www.nadineloncar.com/wp-content/uploads/2020/07/covid.jpg>

## [Annexe II](#) : Guide d'entretien

- Présentation brève de mon sujet
- Demande de présentation du soignant
- Demande de l'autorisation d'enregistrement

Questions	Objectifs
Selon vous, comment définiriez-vous la place de l'émotion au sein de la relation soignant/soigné?	Comprendre quelle place les soignants accordent-ils à l'émotion dans la relation de soin
L'engagement émotionnel en situation de soins palliatifs est-il plus important selon vous? Q° de relance: Qu'est-ce qui rend ses situations de soins plus compliquées à gérer, émotionnellement parlant, selon vous?	Différencier l'engagement émotionnel, en soins généraux et soins palliatifs
Lorsque vous êtes confrontés à un décès, d'un patient que vous avez accompagné dans une démarche de soins palliatifs, quel ressenti avez-vous et quelles émotions ont pu être mises en jeu?	Comprendre quelles émotions peuvent être engagées lors d'un décès, et observer si il y a une différence entre les différents soignant au niveau de leur ressenti émotionnel
Que décrit la juste distance avec vos mots et quel est son intérêt dans les soins selon vous?	Comprendre comment les soignants entendent la notion de juste présence et comment la décrivent-ils dans les soins
Comment définiriez vous alors la juste présence ?	Entendre si les soignants font une différences entre ces deux notions
Selon vous, où se trouve la frontière entre juste distance et juste présence?	Baliser la différence entre ces deux notions
Avez-vous déjà été confronté à une situation où la notion de juste présence n'était plus adaptée au contexte de soin, selon vous ?	Illustrer la notion de juste présence dépassée avec une situation vécue
Quels outils de la communication dans la relation avec la personne soignée avez-vous pu mettre en place afin de gérer votre implication émotionnelle et ainsi adapter la juste présence dans le cadre de la relation thérapeutique?	Repérer les outils que les soignants peuvent mettre en place afin de gérer leur implication émotionnelle et remettre un cadre de juste présence
Les soins palliatifs selon vous demandent-ils une implication émotionnellement plus importante	Entendre si il y a une différence entre soins généraux et soins palliatifs

qu'en services généraux?	
--------------------------	--

- Synthétisation des propos, ma question de départ étant "En quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant?" Voyez-vous des choses à ajouter?



[Annexe III](#) : Entretien IDE ICM n°1

ESI: J'ai débuté l'enregistrement, es-tu d'accord pour que j'enregistre l'entretien?

IDE: C'est correct, pas de problème.

ESI: Parfait, du coup je vais te redire le contexte de cet entretien même si je t'en ai déjà parlé mais histoire que cela soit plus clair pour toi!

IDE: Parfait, je t'écoute!

ESI: Donc je vais te re-situer mon sujet de recherche. Ça porte sur l'implication émotionnelle et la juste présence en soins palliatifs, comme je te l'avais évoqué.

Moi j'ai choisi ce sujet car j'ai été confronté à pas mal de situation de soins palliatifs avec le contexte sanitaire de la COVID-19, et c'est pour ça que j'ai choisi ce sujet là qui me parle et me correspond.

Je vais donc te poser 9 questions que j'analyserai par la suite, mais bon tu sais ce que c'est vu que tu es passé par là!

IDE: Parfait, très bonne présentation ahah, je t'écoute!

ESI: ahaha, donc la première question que je veux te poser c'est selon toi, comment tu définirais la place de l'émotion au sein de la relation soignant/soigné?

IDE: Ok, alors pour moi l'émotion ça fait partie à part entière du soin car c'est une relation entre deux humains. On nous apprend à être dans l'empathie à l'école donc forcément qui dit empathie dit un minimum d'émotion. Pour moi, à partir du moment où on rentre en communication avec une autre personne de n'importe quelle manière qu'elle soit, il y a un minimum d'émotion qu'il passe entre les deux. Donc je dirais qu'elle a une assez grande place dans le soin, de plus que là on est au plus proche de la personne et qu'il y a un contexte qui va avec, une pathologie qui rend la relation plus importante.

ESI: Parfait, et vu que mon sujet porte sur les soins palliatifs, est-ce que tu trouves que l'engagement émotionnel dans ce contexte de soins est plus important selon toi? Et qu'est-ce qui rend cela plus compliqué à les gérer, émotionnellement parlant?

IDE: Alors selon moi, oui car c'est un réel accompagnement et plusieurs composantes entrent en jeu. C'est sûr que l'empathie est nécessaire, souvent la famille se greffe à la situation de soin et c'est là qu'il y a des émotions qui rentrent en jeu. Je dirais qu' on a plus seulement un patient devant nous, mais son histoire avec ses proches.

Et pis souvent les proches sont déjà à fleur de peau donc il y a une sorte de décharge émotionnelle qui repose sur le patient et qui va peu à peu être retransmise au soignant au fur et à mesure des échanges, vu que c'est humain et on travaille dans l'humain et encore plus en situation de soins palliatifs, ça c'est sûr! Tandis qu' en soins généraux, il n'y a pas tout cet accompagnement spécifique, la prise en charge est plus superficielle je trouve avec des exceptions évidemment.

ESI: Ta réponse est très intéressante. Je sais que tu as déjà été confronté au décès de patient, et dans cette situation, lorsque c'était un patient que tu avais accompagné dans une démarche de soins palliatifs, quel ressenti as-tu pu avoir et quelles émotions ont été mises en jeu?

Tu peux ne pas répondre bien évidemment si c'est trop personnel!

IDE: Ah intéressant! Non je trouve que c'est une très bonne question! Alors je vais te donner un exemple que je t'ai déjà donné pour illustrer ma réponse. C'est la madame que j'avais accompagnée sur plusieurs quarts et donc sur cette prise en soin je me suis un peu plus impliquée car cette patiente n'était pas confortable et donc je devais revenir assez régulièrement dans la chambre pour m'assurer que cela allait et qu'elle n'avait besoin de rien. En plus elle était super gentille et n'osait pas nous déranger. Donc forcément quand tu dois repasser plusieurs fois dans la chambre et que tu vois qu'elle n'est pas bien et qu'elle n'ose pas déranger, et toujours à nous demander si ça va, qu'elle ne veut pas nous prendre trop de temps, tu t'attaches, d'un point de vue professionnel je veux dire parce que tous les patients ne sont pas comme ça. En fait je dirais pas que tu t'attaches mais que la relation soignant-soigné se renforce et tu as forcément envie qu'elle soit bien. Et donc lorsque j'ai constaté son décès, c'était sur mon quart. J'ai pris un petit temps dans la chambre pour, comme lui dire au revoir. Et je me suis dit qu'elle allait être plus confortable maintenant et puis après j'ai fait quelques soins, comme une petite toilette mortuaire. Cela m'a fait du bien et je me suis dit que cela lui ferait du bien à elle. Voilà j'espère que ça illustre bien ta question. C'était ma façon de lui dire au revoir en fait.

ESI: Oui je me rappelle de quand tu m'avais raconté cette situation, c'est super d'avoir des exemples pour imaginer tes réponses!

IDE: Super alors, n'hésites pas à me dire si je répons à côté de la plaque!

ESI: Rassure-toi! Il n'y a pas de mauvaises réponses! Maintenant je vais passer sur la deuxième notion de mon sujet qui est la juste distance. Comment la décrirais-tu, avec tes mots et quel est son intérêt dans les soins selon toi?

IDE: Ouh question pas facile! Je crois que je n'arriverais pas à te définir ça avec une définition en tant que telle. Mais pour moi la juste distance c'est de savoir se mettre une sorte de barrière dans la relation soignant-soigné. En fait c'est avoir de l'empathie pour l'autre mais sans s'impliquer personnellement. Je pense que la notion se fait entre l'implication professionnelle, comme faire ses soins, établir une communication adaptée tu vois, et l'implication personnelle, où on pense souvent au patient, est-ce que tu vois ce que je veux dire? Je pense qu'en début de carrière, il est plus difficile de conserver en permanence cette juste distance ou barrière. Mais avec l'expérience on apprend à se forger et à être moins à fleur de peau et mettre une sorte de distance naturelle entre le patient et nous soignant.

ESI: C'est intéressant d'introduire l'expérience! Si je comprends bien, l'expérience permet de comprendre où situer le curseur de juste distance dans la relation de soin?

IDE: C'est tout à fait ça!

ESI: Et comment définirais-tu la juste présence ?

IDE: Alors cette question n'est pas simple, je différencie pas forcément les deux notions, mais selon moi la juste présence c'est de l'ordre du physique, c'est à dire, hmm ..., je dirais que c'est d'apprendre à ne pas être trop présent dans la chambre de patient

Dans le sens où on se doit de laisser des moments d'intimité au patient, ou des moments de réflexion lorsqu'il vient d'avoir une annonce médicale ou bien qu'il a besoin de temps pour donner son consentement libre et éclairé. Cela peut être dans le cas aussi où la famille est présente, il faut savoir se retirer afin de pouvoir laisser du temps d'intimité au patient et ses proches. C'est comme ça que je le vois mais je t'avoue que je ne suis pas sûre de cette réponse.

ESI: Non ne t'inquiète pas! car je peux me questionner aussi sur ça donc ça m'apporte la réflexion d'un soignant. Et pour toi, où se trouve la frontière justement entre les deux notions?

IDE: La juste distance se trouve selon moi vraiment au niveau psychologique, c'est plus de l'ordre de

savoir garder la relation soignant-soigné sans la dépasser. C'est surtout au niveau des émotions, de l'implication, tandis que la juste présence c'est plus physique c'est savoir ne pas trop s'impliquer physiquement dans une situation, ne pas empiéter sur l'espace intime du patient, lui laisser du temps. C'est pas une question facile mais intéressante, ça permet de réfléchir sur ce sujet.

ESI: Tout à fait! Et as-tu déjà été confronté à une situation où la notion de juste présence n'était plus adaptée au contexte de soin?

IDE: Euh, je ne vois pas forcément de situation de ce type auxquelles j'aurais pu être confrontée. Fin si je pense que j'en ai peut-être une qui pourrait correspondre. C'est une patiente que je prenais en soin, assez âgée, et qui avait quelques troubles psychologiques par période. C'est-à-dire qu'elle pouvait être très lucide puis d'un coup être en délirium. Et un soir lors de mon deuxième tour, j'étais assez pressée et n'avais pas forcément le temps de discuter. Ce soir-là elle voulait discuter. Donc je me suis dit "bon Jeanne prend ne serait-ce que deux minutes pour échanger rapidement". Puis à un moment donné elle n'était plus lucide, elle était dans une phase de délirium. Mais du coup elle m'accaparait, et moi je savais que j'allais devoir speeder pour finir mon tour. Et j'ai commencé à vraiment me sentir en colère et montrer mon agacement pendant peut-être 30 secondes, puis pour me détendre il a fallu que je me rappelle que ça faisait partie de sa pathologie et donc que cela n'était pas de sa faute. Mais il a fallu que je me le répète plusieurs fois pour que je redescende. Et du coup en sortant de la chambre je me suis rendue compte que j'avais vraiment ressentie de la colère et que la juste distance avait été mise à mal car pour le coup cela n'était pas juste de l'énervement mais vraiment de la colère. Et même une fois sortie de la chambre, il a fallu que je me redise que cela faisait partie de sa pathologie. Donc au final je pense vraiment que cette juste distance à ce moment-là a été entachée et n'était plus adaptée au contexte de la relation soignant-soigné.

ESI: Et justement pour rebondir est-ce que tu as pu trouver des outils au niveau de la communication dans la relation avec la personne soignée à mettre en place afin de gérer ton implication émotionnelle et du coup adapter la juste présence dans le cadre de la relation de soin?

IDE: Euh je t'avoue que n'ai pas vraiment d'outils mais en soit c'est plus que je me redis dans ma tête parfois qu'elle pathologie le patient a, et donc pourquoi il est là. Vu que moi je n'ai jamais réellement été confrontée à un débordement émotionnel mais ça m'arrive de me poser de me dire pourquoi le patient est là et de me dire ok bon tu vois il est là pour ça. Du coup je vois plutôt la pathologie plutôt que la personne et ça m'aide vraiment à mettre une sorte de barrière. Fait qu'au final c'est pas vraiment un outil mais c'est une réponse, ahaha.

ESI: Ahaha non mais c'est bien c'est ta façon à toi de te poser tes limites! Pour revenir sur les soins palliatifs, est-ce que tu penses que ce type de soins demande une implication émotionnelle plus importante qu'en services de soins généraux?

IDE: Je pense que oui. Forcément c'est un service beaucoup plus dans l'humain, car c'est les derniers instants de vie. Pis c'est un accompagnement sur de plus longue durée souvent et les mêmes patients sur plusieurs jours comparé à un service général où le turn over est souvent plus important. Donc forcément l'implication est plus importante car tout est fait pour favoriser le confort et que les derniers moments soient les plus "agréables" si je peux dire pour eux. Donc pour moi oui il y a plus d'implication émotionnelle.

ESI: Merci beaucoup! Pour conclure l'entretien je vais te donner ma question de départ qui est "en quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant?" Est-ce que tu aimerais rajouter quelque chose pour conclure cet échange?

IDE: Non pour moi tes questions résumant bien ta question de départ, on va à l'essentiel donc non je n'ai rien à rajouter.

ESI: Merci beaucoup! c'était super intéressant cet entretien! Je coupe l'enregistrement!

[Annexe IV](#): Entretien IDE ICM n°2

ESI: Es-tu d'accord pour que j'enregistre notre échange?

IDE: Oui pas de problème, ça va être compliqué pour la suite de ton mémoire sinon ahah

ESI: Oui c'est sûr! Du coup je vais commencer par te refaire un topo sur mon sujet pour que tu recontextualises le but de l'entretien!

IDE: Ça marche je t'écoute!

ESI: Donc comme tu le sais mon sujet parle de l'implication émotionnelle et la juste présence au niveau des soins palliatifs.

J'ai choisi ce sujet car j'ai vécu pas mal de situation de soins palliatifs avec la COVID-19, et c'est pour ça que j'ai choisi ce sujet de recherche.

Je vais donc te poser 9 questions et grâce à tes réponses que je vais analyser par la suite je vais pouvoir compléter mon travail!

IDE: Jusque là je suis, ahaha on va voir par la suite si j'arrive à t'aider!

ESI: Mais oui de toute façon il n'y a pas de mauvaises réponses! Je vais commencer par la première question, comment est-ce que tu définirais la place de l'émotion dans la relation soignant/soigné?

IDE: Ah oui on commence fort! Bon je vais essayer de bien répondre! Alors je dirais qu'elle ne doit pas avoir une trop grande place en théorie car on nous apprend à mettre nos émotions de côté pour ne pas s'impliquer trop dans la relation de soin. Mais en soit y' a toujours un minimum d'émotions qui circule entre les deux personnes, c'est logique, n'importe laquelle, que ce soit de la colère, de la tristesse, joie etc. A moins que le soignant soit une pierre sans émotion. Donc elle a forcément une place plus ou moins importante selon les personnes. En fait je pense que c'est dépendant des gens, mais elle a une place dans la relation soignant/soigné ça c'est sur.

ESI: C'est vrai que je ne me suis pas questionnée la dessus mais c'est intéressant la notion de personne dépendante. Et justement est ce que selon toi l'engagement émotionnel en situation de soins palliatifs est-il plus important?

IDE: Alors cette question est délicate. En théorie non, car un soignant est censé soigner de la même façon chaque patient. Donc l'émotion ne devrait pas être plus importante. Mais c'est vrai que souvent c'est l'histoire qu'il y a derrière le patient et le fait que l'on accompagne vers ces derniers jours qui forcément va jouer et donc rendre l'émotion plus présente. Mais pour ma part, j'arrive à ne pas trop m'impliquer dans la relation de soin, c'est un soin comme un autre, qui nécessite plus de temps et d'engagement certes fait que ça peut être compliqué pour les soignants de le gérer.

ESI: En même temps, il y a souvent un écart entre la théorie et la pratique! Tu as sûrement dû être confronté à des décès de patients.

IDE: Ahaha oui malheureusement c'est quasiment un passage obligatoire dans notre travail!

ESI: En effet! Et justement, est-ce que quand tu y as été confronté, et que c'est un patient que tu as accompagné dans une démarche de soins palliatifs, qu'est-ce que tu as pu ressentir et quelles sont les émotions qui sont ressorties?

IDE: Euh moi je t'avoue que j'ai réussi à ne pas avoir trop d'émotion devant une personne décédée, je veux dire ne pas me laisser submerger. Du coup je n'ai pas besoin de mettre en place des choses pour me protéger ou ce genre de truc. Mais forcément que tu ressens un minimum de choses devant la mort si je peux dire ça comme ça. Mais après te dire ce que je ressens et mes émotions j'en suis incapable, surtout que comme je te l'ai dit, j'ai pas eu de soins pallia depuis un moment. Mais ce que je peux te dire c'est que je pense que pour chaque patient le ressenti et les émotions engagées sont différents en fonction de la relation que tu as eu avec le patient et je pense que c'est vrai pour tout le monde. Car chaque relation soignant-soigné est différente en fonction du soignant, de ce que tu peux vivre à ce moment-là, je parle de la vie privée, la pression si il y a beaucoup de taff. Tu vois, forcément tu peux être plus à fleur de peau. Donc voilà.

ESI: Oui je comprends! Je vais passer sur l'autre partie de mon mémoire, la juste distance. Est-ce que tu saurais me décrire avec tes mots, ce que cela évoque pour toi et son intérêt dans le soin?

IDE: OK, euh pour moi la juste distance c'est savoir être dans la communication et l'empathie dans le soin tout en se protégeant et ne pas s'impliquer trop, en gros savoir rester à sa place de soignant. C'est surtout dans la façon dont tu vas t'impliquer dans la relation. Quand tu comprends que la situation te touche trop ou que tu sens que tu vas tout faire pour ce patient pour que tout soit parfait, pour moi la juste distance rentre en compte. Faut savoir se dire, ok là je suis le soignant, je ne

suis pas un proche, je dois faire mon travail tout en étant dans l'empathie mais sans m'impliquer de sorte que je me protège et reste à ma place. Forcément à certains moments cette notion peut être compliquée à tenir, car il y a des histoires de vie qui vont plus te parler, ou des situations compliquées qui vont faire que forcément tu es un minimum touché mais il faut savoir dans ces moments se recadrer si je peux dire. Pas forcément se recadrer mais se dire, ok là je suis impliqué, il faut que je fasse attention à ce que je n'aille pas trop loin afin que mon travail et mon état d'esprit ne soient pas trop affectés.

ESI: C'est super intéressant ce que tu décris! Et est-ce que tu fais une différence sur la juste distance et la juste présence? Et si oui pourrais-tu me définir la juste présence?

IDE: Ouh alors je t'avoue que je ne vois pas trop de différences entre ces deux termes hormis peut être la notion de présence qui est plus physique et la notion de distance qui est plus psychologique. Après te la définir je ne sais pas trop. Peut-être dans le sens où c'est savoir se retirer de la situation de soin, je veux dire ne pas empiéter sur le terrain du patient, savoir laisser du temps au patient lorsqu'il est avec ses proches ou, je ne sais pas trop. Mais je dirais que si la notion de juste présence est dépassée cela veut dire que la notion de juste distance est mise à mal. Je t'avoue que j'ai du mal à différencier les deux.

ESI: Non mais je comprends, c'est vrai que ce n'est pas une notion facile pour moi aussi, c'est pas forcément évident. Mais ta réponse est bien rassure toi! Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Et donc est-ce que pour toi il y a une frontière entre les deux?

IDE: Alors là ... je sèche, mais comme pour la question d'avant je te dirais que l'un est d'ordre psychologique et l'autre d'ordre physique, mais j'y ai jamais trop réfléchi donc je n'arriverai pas à te répondre en détails, on va dire que sur cette question j'ai pas trop de contenu à te fournir! Mais par contre je viens de remarquer un truc que dans le terme de juste distance y a la notion de distance alors que dans le terme juste présence y a justement la notion de présence. C'est intéressant! Je sais pas si tu vois ce que je veux dire! En fait, peut-être que la juste présence est un terme plus positif, que la juste distance qui amène directement à penser à l'éloignement.

ESI: Ah oui c'est vrai je ne l'avais pas remarqué! C'est vrai que l'appellation implique quelque chose! Ca veut peut-être dire que dans la notion de juste distance c'est savoir être distant avec le patient de façon juste donc je pense au fait d'être distant mais sans trop l'être non plus. Et pour la juste



présence, la même chose, savoir être présent sans trop l'être non plus. Ta réponse est super intéressante, car les deux s'imbriquent forcément mais la notion en effet n'est pas évidente. Moi-même j'y avais jamais réfléchi avant d'y être "confrontée" et de réfléchir à la question entre les deux avant de me poser la question pour ce travail de recherche. Mais rassure toi c'est super, je te pose la question suivante qui est toujours sur le même sujet mais peut-être un peu plus explicite.

IDE: Vas-y

ESI: Est-ce que tu as déjà été confronté à une situation où la notion de juste présence n'était plus adaptée au contexte de soin, selon toi ?

IDE: Oui c'est la situation dont je t'avais parlé. Lors de mon arrivée au Québec, dans mes débuts à l'ICM j'ai pris en soin une patiente qui était aussi française donc on a beaucoup échangé et discuté. Puis elle est repartie. Mais 2 à 3 semaines plus tard elle a de nouveau été admise au 4ème centre pour cette fois ci une situation palliative. Je devais la prendre en charge au début de mon quart, mais j'ai passé la main car je ne pouvais pas. Je m'étais sans doute impliqué plus que d'habitude lors de notre première rencontre, et je n'aurais pas eu une bonne prise en soin si je m'étais de nouveau occupé d'elle et surtout dans ce contexte. J'ai préféré passer la main plutôt que de risquer de ne pas avoir le bon jugement, ou de ne pas rester à ma place de soignant.

ESI: Oui je me rappelle de cette situation que tu m'avais raconté! Et est-ce que tu as des outils qui te permette de gérer ton implication émotionnelle et d'adapter ta juste présence dans le cadre de la relation de soin?

IDE: Avec toutes mes expériences de travail j'ai développé quelques trucs mais ça m'a surtout servi quand j'étais moins avancé dans le métier. En fait, je me retournais vers l'équipe. C'est une véritable aide. Parfois c'était juste avoir une discussion pour qu'il me donne des tips pour ne pas trop m'impliquer ou ils me disaient comment eux faisaient pour prendre de la distance. Comme aller moins voir le patient, ou moins discuter et poser moins de question sur la vie privée au patient afin de montrer qu'il faut remettre une sorte de cadre à la relation de soin. Ce qui était pas mal, au final ça m'a bien aidé. Mais parfois quand j'arrive vraiment pas je passe la main à quelqu'un d'autre de l'équipe. Ça permet de décharger et de se poser. Voilà!

ESI: Oui y pense pas assez mais l'équipe au final c'est une vrai ressource! Pour la dernière question j'aimerais que tu me dises si tu trouves que dans les soins palliatifs, il y a une plus grande implication

émotionnelle qu'en service de soins généraux?

IDE: Alors, je dirais que pour travailler dans un service de soins palliatifs il faut être forgé et se connaître, avoir de l'expérience. Car ces situations de soins sont forcément plus prenantes, il y a plus d'affecte qui rentre en compte car c'est un accompagnement, c'est limite une autre façon de soigner car on est plus dans le curatif mais plutôt dans le confort du patient et essayer de rendre les derniers jours plus agréable à vivre. Mais en théorie il ne devrait pas y avoir plus d'implication émotionnelle, comme tu dis, car en tant que soignant on est censé garder une juste distance afin de ne pas trop s'impliquer dans la relation. Mais ça c'est sur le papier mais on sait bien qu'il y a plus de relationnel en soins palliatifs qu'en chirurgie ambulatoire par exemple, car ce n'est pas le même type de soins, ni le même but de soins.

ESI: Super tes réponses sont super intéressantes! Pour finir je vais te donner ma question de départ qui est "En quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant?" Est-ce que tu aimerais rajouter quelque chose en connaissant maintenant ma question de départ?

IDE: Non je ne vois rien à rajouter, mais je tiens à dire que c'était très intéressant je pensais pas que tu me poserais des questions comme ça! Quand tu m'as parlé de ton sujet je ne m'attendais pas forcément à ça mais c'est cool!

ESI: Ah bon? Bon bah tant mieux si ça t'a plus! Merci beaucoup d'avoir pris ce temps pour moi! Attends je coupe l'enregistrement.

Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens

<u>L'émotion dans la relation de soins</u>		
	IDE 1	IDE 2
<b>La place de l'émotion dans le soin</b>	<p><u>Présente dans la relation de soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Partie à part entière du soin</i></li> <li>- <i>Un minimum d'émotion qu'il passe entre les deux</i></li> <li>- <i>Assez grande place dans le soin</i></li> </ul> <p><b>3 items</b></p> <p><u>Causes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Relation entre deux humains</i></li> <li>- <i>Contexte qui va avec</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p>	<p><u>Présente dans la relation de soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ne doit pas avoir une trop grande place dans le soin en théorie</i></li> <li>- <i>Mais toujours un minimum d'émotions</i></li> <li>- <i>Place plus ou moins importante selon les personnes</i></li> <li>- <i>Place dans la relation soignant/soigné, ça c'est sur</i></li> </ul> <p><b>4 items</b></p> <p><u>Notion de subjectivité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Dépendant des gens</i></li> <li>- <i>Place plus ou moins importante selon les personnes</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p>
<b>L'émotion en soins palliatifs plus importante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Oui</i></li> <li>- <i>Il y a des émotions qui rentrent en jeu</i></li> <li>- <i>Décharge émotionnelle, retransmise au soignant</i></li> </ul> <p><b>3 items</b></p> <p><u>Notion d'accompagnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Réel accompagnement</i></li> <li>- <i>Accompagnement spécifique</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p> <p><u>Notion de contexte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La famille se greffe à la situation de soin</i></li> <li>- <i>plus seulement un patient devant nous mais son histoire avec ses proches</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>l'émotion plus présente</i></li> <li>- <i>ça peut être compliqué pour les soignants de le gérer</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p> <p><u>Différence théorie/pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En théorie non, car un soignant est censé soigner de la même façon chaque patient</i></li> </ul> <p><b>1 item</b></p> <p><u>Notion d'accompagnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>le fait que l'on accompagne vers ces derniers jours</i></li> </ul> <p><b>1 item</b></p> <p><u>Notion de contexte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>l'histoire qu'il y a derrière le patient et le fait que l'on</i></li> </ul>

		<p><i>accompagne vers ces derniers jours qui forcément va jouer</i></p> <p><b>1 item</b></p>
<p><b>Ressenti et émotions face à un décès</b></p>	<p><u>Attachement et implication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>je me suis un peu plus impliquée</i></li> <li>- <i>tu t'attaches d'un point de vue professionnel</i></li> <li>- <i>la relation soignant-soigné se renforce</i></li> </ul> <p><b>3 items</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>nécessité de prendre un temps avec la patiente pour lui dire au revoir</i></li> <li>- <i>cela m'a fait du bien et je me suis dit que cela lui ferait du bien à elle</i></li> </ul>	<p><u>Présence d'émotion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ressens un minimum de choses devant la mort</i></li> </ul> <p><b>1 item</b></p> <p><u>Différent pour chaque patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>pour chaque patient le ressenti et les émotions engagées sont différents</i></li> <li>- <i>Chaque relation soignant-soigné est différente</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p>
<p><b>Implication émotionnelle Soins généraux/soins palliatifs</b></p>	<p><u>Présence d'émotion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>je pense que oui</i></li> <li>- <i>oui il y a plus d'implication émotionnelle</i></li> <li>- <i>l'implication est plus importante</i></li> </ul> <p><b>3 items</b></p> <p><u>Notion durée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>accompagnement de plus longue durée</i></li> </ul> <p><b>1 item</b></p> <p><u>Service différent</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>service général où le turn over est plus important</i></li> <li>- <i>soins palliatifs, service beaucoup plus dans l'humain</i></li> </ul> <p><b>2 items</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>plus d'affecte</i></li> </ul> <p><u>Expérience</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>pour travailler dans un service de soins palliatifs il faut être forgé et se connaître, avoir de l'expérience</i></li> </ul> <p><b>1 item</b></p> <p><u>Notion de service différent</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>situations de soins forcément plus prenantes</i></li> <li>- <i>on sait bien qu'il y a plus de relationnel en soins palliatifs qu'en chirurgie ambulatoire</i></li> <li>- <i>pas le même type de soins, ni le même but de soins</i></li> <li>- <i>un accompagnement, une autre façon de soigner</i></li> </ul> <p><b>4 items</b></p>

<b>La juste distance dans les soins</b>		
	IDE 1	IDE 2

<p>définition et intérêt dans les soins</p>	<p><u>Distance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir se mettre une sorte de barrière dans la relation soignant-soigné</li> <li>- mettre une sorte de distance naturelle</li> </ul> <p>2 items</p> <p><u>Notion d'implication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- c'est avoir de l'empathie pour l'autre sans s'impliquer personnellement</li> <li>- la notion se fait entre l'implication professionnelle et l'implication personnelle</li> </ul> <p>3 items</p> <p><u>Notion d'expérience</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en début de carrière, il est plus difficile de conserver en permanence cette juste distance</li> <li>- avec l'expérience on apprend à se forger et à être moins à fleur de peau</li> </ul> <p>2 items</p>	<p><u>Notion d'empathie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- savoir être dans la communication et l'empathie</li> <li>- faire mon travail en étant dans l'empathie</li> </ul> <p>2 items</p> <p><u>Notion d'implication et de protection</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se protéger, ne pas trop s'impliquer</li> <li>- sans m'impliquer de sorte que je me protège</li> <li>- je suis impliqué, il faut que je fasse attention</li> </ul> <p>3 items</p> <p><u>Rôle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rester à sa place de soignant</li> <li>- reste à ma place</li> </ul> <p>2 items</p> <p><u>But</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mon travail et mon état d'esprit ne soient pas trop affectés</li> </ul> <p>1 item</p>
<p>Juste présence</p>	<p><u>Notion de présence physique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la juste présence c'est de l'ordre du physique</li> <li>- apprendre à ne pas être trop présent dans la chambre de patient</li> </ul> <p>2 items</p> <p><u>Respect de l'intimité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- laisser des moments d'intimité au patient</li> <li>- laisser du temps d'intimité au patient et ses proches</li> </ul> <p>2 items</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- notion de présence, physique</li> <li>- notion de distance, psychologique</li> <li>- juste présence: savoir se retirer de la situation de soins</li> <li>- ne pas empiéter sur le terrain du patient</li> <li>- Si la notion de juste présence est dépassée cela veut dire que la notion de juste distance est mise à mal</li> <li>- je ne vois pas trop de différences</li> </ul>
<p>Frontière entre juste distance/juste présence</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la juste distance: savoir garder la relation soignant-soigné sans la dépasser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'un est d'ordre physique (juste présence)</li> <li>- l'autre est d'ordre psychologique</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau des émotions, de l'implication</li> <li>- juste présence c'est plus physique, ne pas trop s'impliquer physiquement dans une situation</li> <li>- ne pas empiéter sur l'espace intime du patient</li> </ul>	<p>(juste distance)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terme de juste distance y a la notion de distance</li> <li>- le terme juste présence y a justement la notion de présence</li> <li>- La juste présence est un terme plus positif, que la juste distance qui amène directement à penser à l'éloignement.</li> </ul>
<p><b>Dépassement juste présence (non analysé car situations trop personnelles)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- commencé à vraiment me sentir en colère et montrer mon agacement</li> <li>- pour me détendre il a fallu que je me rappelle que ça faisait partie de sa pathologie et donc que cela n'était pas de sa faute</li> <li>- je me le répète plusieurs fois pour que je redescende</li> <li>- j'avais vraiment ressentie de la colère et que la juste distance avait été mise à mal</li> <li>- cette juste distance à ce moment-là a été entachée et n'était plus adaptée au contexte de la relation soignant-soigné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- beaucoup échangé et discuté lors de la première rencontre</li> <li>- passé la main car je ne pouvais pas</li> <li>- plus impliqué que d'habitude</li> <li>- je n'aurais pas eu une bonne prise en soin</li> </ul>
<p><b>Outils</b></p>	<p><u>Dissociation patient/pathologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je me redis dans ma tête parfois qu'elle pathologie le patient a</li> <li>- je vois plutôt la pathologie plutôt que la personne et ça m'aide vraiment à mettre une sorte de barrière</li> </ul> <p>2 items</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jamais réellement été confrontée à un débordement émotionnel</li> </ul>	<p><u>L'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je me retournais vers l'équipe</li> <li>- juste avoir une discussion (avec l'équipe) pour qu'il me donne des tips pour ne pas trop m'impliquer</li> <li>- je passe la main à quelqu'un d'autre de l'équipe</li> </ul> <p>3 items</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- but de remettre une sorte de cadre à la relation de soin</li> </ul>

## [Quatrième de couverture: L'abstract](#)

**NOM:** ROHON

**Prénom:** Mathilde

**Titre:** L'implication émotionnelle et la juste présence en soins palliatifs

### **Résumé en anglais:**

Palliative care is recognised as a care service with significant emotional involvement due to the situations encountered. Thus the notion of right distance seems compromised, and right presence is challenged. After encountering two situations that questioned me, I decided to write my thesis on this topic. Following several questions about these two care situations, I reached an initial question: How does caring for a patient in palliative care require emotional work on the part of the nurse?

Using the writings of various authors, I defined the notions relating to my topic, such as palliative care, emotions, right presence, right distance. Subsequently, I have conducted two interviews with professionals in order to compare the different writings with the feelings of professionals in the workplace. Finally, I analysed the data and discussed my reflections on this issue.

As a result, this work allowed me to understand that the notion of right presence was specific to each individual due to the emotional commitment that the care relationship induces. The main thing is to protect oneself as a carer in order not to fall into an emotional gap which would impact on the professionalism and efficiency of the care.

### **Résumé en français:**

Les soins palliatifs sont reconnus comme un service de soins avec une implication émotionnelle importante de part les situations rencontrées. Ainsi la notion de juste distance paraît compromise, et la juste présence mise à mal. Ayant rencontré deux situations qui m'ont questionné, j'ai donc fait le choix de rédiger mon mémoire sur ce thème. A la suite de plusieurs questionnements sur ces deux situations de soins je suis arrivée à une question de départ qui est: En quoi l'accompagnement du patient en soins palliatifs nécessite-t-il un travail émotionnel du soignant ?

A l'aide d'écrits de différents auteurs j'ai pu définir les notions concernant mon sujet telles que soins palliatifs, émotions, juste présence, juste distance. Par la suite, j'ai réalisé deux entretiens auprès de professionnels afin de confronter les différents écrits aux ressentis des professionnels du terrain. En dernier lieu, j'ai analysé ces données et exposé ma réflexion sur cette problématique.

Ainsi, ce travail m'a permis de comprendre que la notion de juste présence était propre à chacun de part l'engagement émotionnelle qu'induit la relation de soin. L'important est de savoir se protéger en tant que soignant afin de ne pas se retrouver dans une faille émotionnelle qui impacterait le professionnalisme et l'efficacité du soin.

**Key words:** Caregiver-client relationship/ Emotional involvement/ Right presence/ Right distance/ Palliative care

**Mots clés:** Relation soignant-soigné/ Implication émotionnelle/ Juste présence/ Juste distance/ Soins palliatifs

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2022

