

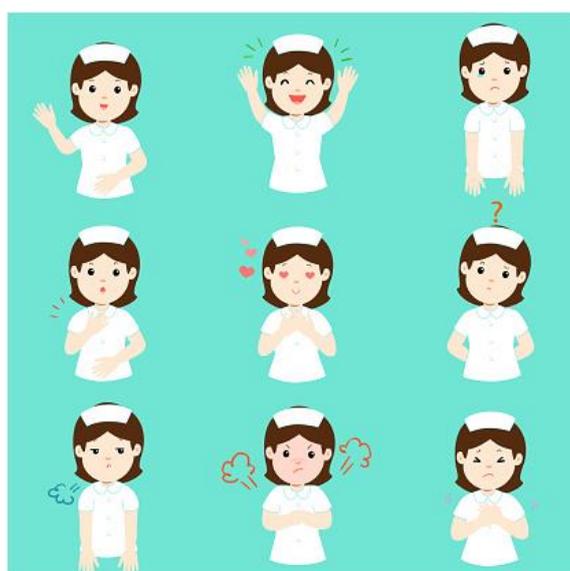


Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

### Quand les émotions nous guident...



Formateur référent mémoire : Marianne MARCHAND

TURMEL Caroline

Formation infirmière  
Promotion 2019-2022

Lundi 2 Mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS**

**ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

### **Travaux de fin d'études :**

#### **Quand les émotions nous guident...**

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 29 mars 2022***

***Identité et signature de l'étudiant : Caroline TURMEL***

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 particulièrement à remercier :

*Marianne Marchand*

Pour sa patience, sa pédagogie et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de mon mémoire.

*Lisa Djadaoudjee*

Ma référente pédagogique pour son accompagnement.

*Les professionnels de santé*

Pour m'avoir accordé de leur temps pour répondre à mes questions.

*Mon entourage*

Pour m'avoir soutenu tout au long de mes études.

*Ma maman*

Pour son aide précieuse lors de la rédaction de mon mémoire.

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Cheminement vers la question de départ.....</b>	<b>1</b>
1. Situations d'appel.....	1
2. Questionnements amenant à la question de départ .....	3
3. Question de départ .....	3
<b>3. Le cadre conceptuel .....</b>	<b>4</b>
1. Des émotions aux compétences émotionnelles des infirmières .....	4
1.1 Qu'est-ce qu'une émotion ?.....	4
1.2 Les émotions des soignants.....	5
1.3 Les émotions des patients.....	6
1.4 Les compétences émotionnelles .....	7
2. De la relation soigné-soignant à la juste distance relationnelle .....	9
2.1 La relation soigné-soignant .....	9
2.2 La relation d'aide psychologique.....	9
2.3 La juste distance relationnelle.....	10
2.3.1 La distance relationnelle .....	10
2.3.2 La juste distance relationnelle.....	11
3. La détresse psychique .....	12
3.1 Qu'est-ce que la détresse psychique ?.....	12
3.2 Comment se manifeste-t-elle ? .....	13
3.3 La prise en soin d'un patient en détresse psychique .....	13
<b>4. Le dispositif méthodologique du recueil de données .....</b>	<b>14</b>
4.1. Le dispositif méthodologique .....	14
4.2. Le choix des professionnelles interviewées .....	14
4.3. Bilan du dispositif (points forts, difficultés) .....	15
<b>5. Analyse descriptive des entretiens .....</b>	<b>16</b>
5.1 Connaissance de la population interviewée.....	16
5.2 Les émotions.....	16
5.2.1 L'expression et la manifestation des émotions.....	16
5.2.2 La gestion des émotions des infirmières.....	18
5.3 La distance relationnelle dans la prise en soin d'un patient en détresse psychique .....	19
5.3.1 Que doit-on entendre par juste distance relationnelle ?.....	19
5.3.2 Mise en œuvre de la juste distance relationnelle .....	19

5.3.3	Les ajustements nécessaires pour le rétablissement d'une juste distance relationnelle .....	20
5.4	Les compétences émotionnelles selon les infirmières.....	21
5.4.1	Qu'est-ce que les compétences émotionnelles ?.....	21
5.4.2	Bénéfices des compétences émotionnelles .....	21
<b>6.</b>	<b>La discussion.....</b>	<b>22</b>
6.1	Les compétences émotionnelles .....	22
6.1.1	Les émotions.....	22
6.1.2	Les apports bénéfiques des compétences émotionnelles pour notre profession ....	23
6.2	L'impact des compétences émotionnelles sur la juste distance relationnelle.....	23
6.2.1	La modulation de la juste distance relationnelle .....	23
6.2.2	Les compétences émotionnelles : outil pour la mise en place de la juste distance..	24
6.3	Détresse psychique et juste distance .....	25
<b>7.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>27</b>

Annexes

Résumé/Abstract Anglais

« Savoir entretenir de bonnes relations avec les autres, c'est en grande partie savoir gérer leurs émotions » – Daniel Goleman

## 1. Introduction

Pour clôturer notre dernière année d'études en soins infirmiers, nous devons présenter un mémoire. Ce travail consiste à nous faire réfléchir personnellement et professionnellement. Ce travail de recherche porte sur l'intérêt du développement des compétences émotionnelles pour la juste distance face à un patient en détresse psychique. Au cours de mes différents stages, j'ai pu être confrontée à des situations qui m'ont touchées et où la gestion de mes émotions devenait compliquée. En tant que future professionnelle en soins infirmiers, il me semble intéressant de me pencher sur les émotions, la juste distance et la détresse psychique car qu'importe le service dans lequel nous exerçons, nous sommes susceptibles d'être confronté à un patient vulnérable qui peut nous bouleverser émotionnellement. Il est donc essentiel d'approfondir la notion des émotions afin d'avoir des outils pour ma posture professionnelle.

Après avoir présenté deux situations vécues lors de stages, j'exposerai des questionnements afin de formuler une question de départ. Après la lecture d'ouvrages de différents auteurs, j'apporterai un éclairage théorique sur les notions et concepts mis en avant dans cette question de départ. Ensuite, vous trouverez le guide d'entretien soumis à des infirmières en exercice, qui permet une confrontation entre la réalité de terrain et l'aspect théorique avec la question de départ. Enfin, une analyse de ces entretiens sera faite, une question de recherche prendra forme et une conclusion sera rédigée.

## 2. Cheminement vers la question de départ

### 1. Situations d'appel

#### Situation n°1 :

Étudiante en service de chirurgie gynécologique depuis une semaine, je prends en charge Mme T âgée de 64 ans. C'est une patiente qui est entrée dans le service pour une pelvectomie. Elle est porteuse d'une stomie et d'un bricker. C'est une patiente qui était sortante à condition qu'une infirmière à domicile puisse passer pour réaliser la réfection d'un pansement complexe, plaie traitée par pression négative (TPN). Mme T a beaucoup de mal avec ce pansement notamment à cause du fait que c'est un processus de guérison relativement long et qui l'empêche de retourner sur l'île de Houat, d'où elle vient, car il n'y a pas d'hôpital à domicile. (HAD)

Ne pouvant pas rentrer chez elle, elle est allée chez sa tante qui, quelques jours plus tard, l'a mise à la porte car elle disait ne pas "supporter" les passages de l'HAD, son fils n'a lui aussi pas voulu l'héberger.

Mme T. s'est retrouvée sans hébergement, l'HAD nous a donc contacté et la patiente est revenue dans notre service en attente d'une convalescence.

Lors de la réfection du pansement, l'interne passe et informe Mme T de la poursuite du traitement par TPN et non son arrêt. Mme T s'effondre car elle espérait l'arrêt des soins et un retour à domicile. La patiente se mit à avoir les larmes aux yeux tout en nous racontant son histoire, qu'elle a hâte de rentrer chez elle, qu'elle se sent délaissée par sa famille qui ne veut pas l'aider, qu'elle en a marre. Lors de ses paroles, l'infirmière continuait son soin normalement et ne manifestait aucune émotion apparente. Pour ma part, je me suis retrouvée sans mot, elle semblait si triste, l'infirmière elle, arrivait à maintenir l'échange en tentant de la consoler mais moi, je ne trouvais pas les mots dans cette situation. De plus, alors que j'étais juste à côté de la patiente, la main accrochée à la barrière, Mme T. me pris la main. Cela m'a déconcerté, je ne savais pas quoi faire. Je n'ai pas retiré ma main car si la patiente l'a fait, c'est qu'elle en ressentait le besoin.

### **Situation n°2 :**

Étudiante en service de chirurgie gynécologique depuis deux semaines, je prends en soin Mme M. qui est entrée pour une hystérectomie totale par laparotomie. C'est une patiente âgée de 63 ans et venant de l'île Maurice.

Lors de la première semaine, j'ai eu de longues conversations avec cette patiente et cela semblait vraiment l'apaiser. Dans son dossier, nous pouvons lire que son contexte familial semble compliqué. Après discussion avec la patiente, la visite de la psychologue et de l'assistante sociale, nous comprenons que son mari est alcoolique, violent verbalement, qu'elle est en danger psychologique avec lui et il ne serait pas aidant lors de son retour à domicile.

Lors d'un de mes passages, Mme M. semble vouloir se livrer. La patiente nous confie qu'elle se rend compte de certaines choses, qu'elle va se séparer de son mari mais qu'il faut qu'elle soit encore patiente car pour le moment sa priorité est de s'occuper de sa convalescence. Elle nous fait part également du fait qu'elle se sent seule, ses amies étant restées à l'île Maurice et sa mère n'étant pas au courant de son état de santé. Elle ne souhaite pas l'inquiéter mais souffre de cette situation.

Au fil de la conversation, Mme M. se mit à pleurer et conclut qu'elle voulait mettre fin à ses jours en se jetant par la fenêtre mais que c'est grâce à ses enfants qu'elle ne le fait pas.

Sa situation me touchait beaucoup car nous ressentions sa grande détresse, je n'ai pas su quoi dire au moment où elle avait les paroles suicidaires tandis que l'infirmière, elle, tenta de la rassurer au mieux tout en semblant détachée et non affectée par la situation.

## 2. Questionnements amenant à la question de départ

- Face à ces deux situations, je me suis demandé de quelle manière devons-nous réagir face à la détresse des patientes ?
- Pourquoi ai-je gardé le silence dans ces situations ?
- Est-ce que le fait de bien connaître la personne soignée rend la prise en soin plus compliquée émotionnellement ?
- Comment trouver la juste distance pour se préserver tout en rassurant le patient ? Quelle est cette juste distance ?
- Avec l'expérience, vivons-nous les choses différemment en tant que soignant ? Est-ce que l'expérience permet de prendre du recul, de se protéger ?
- Est-ce qu'en étant une jeune professionnelle je suis plus vulnérable ?
- Comment l'infirmière arrive-t-elle, malgré ses émotions, à garder une juste distance avec le patient ?
- Comment l'infirmière arrive-t-elle à gérer ses émotions sans trop les faire paraître ?

## 3. Question de départ

Ces situations d'appels décrites précédemment ainsi que les questionnements qui en découlent ont fait émerger la question de départ suivante :

**Dans quelle mesure, le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière, permet-il une juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique ?**

### 3. Le cadre conceptuel

#### 1. Des émotions aux compétences émotionnelles des infirmières

##### 1.1 Qu'est-ce qu'une émotion ?

D'après le dictionnaire Larousse (2022), une émotion est un « trouble subit, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc.. ». Un peu plus loin, il complète par « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ». Cette définition souligne la dimension soudaine de l'émotion empêchant l'individu d'anticiper.

Daniel Goleman, psychologue américain, dans son livre L'intelligence émotionnelle (2014) « désigne par émotion à la fois un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'elle suscite. Il existe des centaines d'émotions, avec leurs combinaisons, variantes. Leurs nuances sont en fait si nombreuses que nous n'avons pas assez de mots pour les désigner ». Il n'existe donc pas une mais plusieurs émotions et elles sont l'expression d'un état psychologique d'un individu face à une situation.

Lydia Fernandez va ajouter qu'une émotion est une « réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou troubles physiologiques ». (2016, p.1). Elle ajoute grâce à cette définition, la dimension d'émotions positives et négatives.

Selon les différents travaux de Paul Ekman (1971), psychologue américain, il existe six émotions différentes, dites « de base » : la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la peur et la surprise. Elles sont selon lui, innées.

Dans le livre Que se passe-t-il en moi ? : mieux vivre ses émotions au quotidien est établi « un vocabulaire des sensations corporelles associées aux émotions ». (Filliozat, 2001). Selon l'auteur, la joie va s'exprimer avec « un sourire, cage thoracique déployée, énergie, légèreté » la colère elle, va se manifester de différentes manières avec un « pouls rapide, poids sur la poitrine, narines dilatées, yeux froncés, mâchoires serrées, haussement de ton ou cris ». Ensuite, la tristesse s'exprime avec des « larmes aux yeux, lèvres qui tremblent, voix qui se casse, gorge nouée ». Elle poursuit en décrivant les manifestations du dégoût « nausée, envie de vomir, narine serrées, lèvres pincées », de la peur « tremblement, regard craintif, mal au ventre, sensation d'étouffer ». Elle va continuer avec l'idée qu'il peut être important de clarifier ce que nous ressentons car « nous risquons l'incompréhension » avec le monde qui nous entoure. Elle fait ensuite le lien avec le fait que si l'on clarifie ce que nous ressentons, c'est qu'on reconnaît et qu'on comprend ce qui se produit en nous et donc « je peux imaginer et comprendre ce qui se passe chez l'autre ».

## 1.2 Les émotions des soignants

- *La complexité de la place des émotions dans notre pratique professionnelle*

Selon Catherine Mercadier, infirmière, dans son livre *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le cœur au cœur de l'interaction soignant-soigné* (2008), « les soignants se doivent de maîtriser leurs affects ». Cela montre que dans la représentation du métier de soignant, l'infirmier ne doit pas ressentir d'émotions face aux patients pour ne pas s'attacher. En revanche, selon Géraldine Langlois, une infirmière affirme qu'« on n'est pas des machines face à des machines ». (2010, p. 22). Elle ajoutera « qu'il convient de les exprimer d'une manière éthique, qui ne porte préjudice à aucun des partenaires de la relation ». Claude Curchod, infirmier et enseignant, va s'exprimer sur le fait que la reconnaissance des émotions ressenties par les infirmiers évolue dans le temps et indique que ressentir une émotion est « une composante naturelle et inséparable de l'activité soignante ». (2009, p. 28). Dans son ouvrage *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* (1997), Walter Hesbeen, infirmier, va affirmer qu'« on ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain ». Cela signifie que lorsqu'on prend soin d'un patient, on s'engage à vivre et à ressentir des émotions. Romola Sabourin va ajouter que « être énervé lorsqu'un patient souffre, triste lorsqu'il meurt, est tout à fait normal et humain. » Nous pouvons comprendre qu'à ce jour, le côté humain et sensible de l'infirmière est à nouveau remis en avant et son droit à ressentir des émotions dans son métier est de plus en plus reconnu.

Pour finir, dans le livre *Les concepts en sciences infirmières* (Jovic & Formarier, 2012, p.2), il est mis en avant grâce à des entretiens réalisés avec des infirmières, que la place des émotions dans la pratique infirmière est multiple. Trois différents positionnements sont donnés : « les émotions sont considérées comme nécessaires », « les émotions sont reconnues et régulées » et « les émotions sont réprimandées ». On en déduit que chaque personne gère ses émotions différemment et qu'il n'y a pas d'attitudes préconçues.

Il faut cependant tenter et veiller à ne pas ressentir ou exprimer des émotions qui pourrait influencer en mal la relation. Dans l'article *Les intelligences émotionnelles et sociales des outils pour la relation*, « Certaines de nos émotions, positives, nous portent vers la sérénité et l'ouverture aux autres, alors que d'autres, nous amènent à réagir négativement, nous font souffrir, nous endurcissent et nous ferment » (Phaneuf, 2013, p.30).

- Les mécanismes de défenses des infirmières

Selon Martine Ruzniewski, psychanalyste, les soignants « adaptent fréquemment des mécanismes de défense, de l'ordre de la fuite mais aussi plus massifs ou plus subtils, leur permettant d'atténuer l'impact de la souffrance dans la relation avec le malade. Ces comportements de fuite sont d'autant plus exacerbés en situation de crise aiguë ou d'appréhension extrême ». (2011). Dans son livre Face à la maladie grave (1995), elle va ajouter « Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême ». Dans le même livre, elle va montrer l'importance de les reconnaître pour une meilleure prise en charge thérapeutique « Identifier ses défenses, c'est aussi se révéler plus apte à reconnaître celles du patient »

Dans l'article Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave (Ruzniewski, 2011, p15-16), est cité quelques mécanismes de défense des soignants :

- Le **mensonge** : Le soignant évite d'informer le malade sur son état de santé réel. Il ment délibérément, repoussant sa propre angoisse, mais mettant en danger une relation de confiance. Le patient ne pourra pas commencer le travail d'acceptation de la maladie et mettre en route les ressources pour l'affronter.
- La **fausse réassurance** : Le soignant va enjoliver la situation du patient ainsi que les résultats d'analyse ce qui va maintenir le patient dans une illusion de guérison. Ce mécanisme de défense va rassurer faussement le patient face à sa propre angoisse mais également se rassurer lui-même.
- La **fuite en avant** : Le soignant ne laisse pas de place au patient, il va lui exposer tous les détails de ses connaissances afin de se soulager
- **L'identification projective** : L'infirmier va s'identifier au patient et va projeter ses propres émotions, réactions sur ce dernier. Le patient aura l'impression que le soignant partage sa souffrance.

### 1.3 Les émotions des patients

Selon Martine Ruzniewski, « Les mécanismes de défense sont des stratégies psychiques mises en place par les patients et aussi par les médecins pour supporter l'insupportable. Ils permettent de continuer à vivre avec une réalité d'une violence telle que le sujet se doit de l'aménager pour continuer à être un sujet. ». Elle affirmera également qu'« elles peuvent avoir une fonction protectrice ». (2014, Manuel de Soins Palliatifs, chapitre 37). Elle ajoutera dans son livre Face à la maladie grave. Patients, soignants, familles que « Les mécanismes de défense du patient seront difficiles à appréhender car

confus et fluctuants, imprévisibles et déconcertants, rarement en harmonie avec l'idée préconçue ». (Ruszniewski, 1995, p.37). Margot Phaneuf, infirmière, ajoutera dans son article Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux (2013, p. 3) que les mécanismes de défense sont des « actions et réactions visant à diminuer et même à supprimer toute menace à l'intégrité biopsychologique de la personne ».

Dans l'article Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave (Ruszniewski, 2011, p.16-17), apparaît quelques mécanismes de défenses. Parmi eux :

- **La déni** : Bien qu'il en soit conscient, le patient occulte une partie de la vérité en repousse ce qui est le plus douloureux à accepter.
- **La sublimation et combativité** : Le patient n'accepte pas la domination de la maladie et va déployer beaucoup d'énergie pour combattre.
- **Le déplacement** : Le patient focalise sa peur ainsi que sa souffrance sur un autre problème.
- **Les rites obsessionnels** : Le patient va devenir un malade très discipliné obéissant à toutes les prescriptions médicales et en effectuant des recherches pensant que cela va l'aider à contrôler la situation.

La Haute Autorité de Santé, dans le document Annoncer une mauvaise nouvelle (Mihura J., Erbaut M., 2008, p.6), a sélectionné quelques mécanismes de défense dont :

- **L'isolation** : Le patient parle de sa maladie avec détachement sans aucune émotion visible.
- **Le déplacement** : comme défini précédemment
- **La projection agressive** : Le patient rend son entourage responsable de ce qu'il lui arrive et peut-être même agressif.
- **La régression** : Le patient se replie sur lui-même et ses symptômes.
- **Le déni** : Il refuse catégoriquement d'accepter la situation et considère qu'elle n'existe pas. C'est une manière de repousser sa souffrance.

Dans ce document créé pour le Service d'Evaluation des Pratiques, il est ajouté que les mécanismes de défense des patients « ne sont pas une preuve de pathologie mais une tentative d'adaptation du psychisme face à l'angoisse » et que c'est un mécanisme de protection.

#### 1.4 Les compétences émotionnelles

D'après Mikolajczak M., Quoidbach J., Kotsou I., Nélis D. dans leur livre Les compétences émotionnelles (2009, p.8), les compétences émotionnelles de base sont constituées de trois niveaux : les connaissances, les habiletés et les dispositions.

Le premier, celui des connaissances fait référence aux connaissances explicites et implicites de l'individu à propos des cinq compétences de base, que sont l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation émotionnelle. Le second, le niveau des habiletés renvoie à la capacité de chaque individu à utiliser ses connaissances en situation émotionnelle. Le troisième niveau réfère aux aptitudes de l'individu à réagir d'une certaine façon dans les situations émotionnelles.

A partir des années 1990, la notion de compétences émotionnelles a laissé place au terme plus répandu de l'intelligence émotionnelle.

La notion d'intelligence émotionnelle est apparue officiellement pour la première fois en 1990. Les deux psychologues américains, Salovey et Mayer, vont définir l'intelligence émotionnelle comme « une forme d'intelligence qui suppose la capacité à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses gestes » (1990).

Par la suite, Daniel Goleman, docteur en psychologie américain, va développer et médiatiser le concept de compétence et d'intelligence émotionnelle vers les années 2000. Dans l'article Quelles sont les compétences de l'intelligence émotionnelle (Guévorts B., 2019), sont présenté les 4 piliers. Selon son schéma, les compétences de l'intelligence émotionnelle reposent sur la conscience de soi, la conscience sociale, la maîtrise de soi et la gestion des relations qui découlent des compétences. (Annexe V)

Dans l'article L'intelligence émotionnelle, un outil de soin, il est mentionné qu'il est important d'avoir recours à l'intelligence émotionnelle dans notre métier. (Phaneuf M., 2013, p.32).

Selon elle, c'est « l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins. » L'auteur précise le rôle de cette intelligence : « exerce aussi une influence marquée sur notre comportement », « c'est elle qui nous permet de reconnaître nos propres émotions, de les comprendre et de les accepter », « nous aide à les utiliser de manière pertinente en fonction des situations et à nous y adapter », « permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres. ». Dans l'article Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la motivation de la juste distance (2013, n°773), Florence Michon partage cette même idée « Le soignant pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait preuve alors d'intelligence émotionnelle en connaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant »

## 2. De la relation soigné-soignant à la juste distance relationnelle

### 2.1 La relation soigné-soignant

Selon le dictionnaire Larousse, la relation est « ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles ».

Selon André Manoukian, une relation est « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». (2008, p.9). Il ajoutera que « les facteurs psychologiques : comme par exemple les valeurs, représentations, émotions, ou préjugés ; les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, culture ; les facteurs physiques : perceptions propres à chacun, aspect physique » vont intervenir dans la construction d'une relation. Il existe également une notion importante et indispensable, le respect. Dans l'article R4312-2 du code de la Santé Publique il est précisé que : « l'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine » (Code de la Santé Publique, 2015)

Dans le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation soignant/soigné a pour définition « Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.

Cette relation nécessite trois attitudes :

- un engagement personnel de l'infirmier (...),
- une objectivité (...),
- un minimum de disponibilité

La relation soignant/soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. » (2002)

Pour finir, Monique Formarier a indiqué qu'il existe plusieurs niveaux de relations soignant-soigné : la relation de civilité, la relation de soins, la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique, la relation thérapeutique et la relation éducative. (2007, p.36)

### 2.2 La relation d'aide psychologique

Selon Carl Rogers, Fondateur de la psychologie humaniste, il définit dans son livre Le développement de la personne la relation d'aide « j'entends, par ce terme de relation d'aide, des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie ». (2005, p. 29). Il ajoutera ensuite « On pourrait encore définir une relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources »

D'après Monique Formarier, la relation d'aide « s'appuie sur la confiance et l'empathie », et est une « relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui ». Carl Rogers va exprimer les finalités de la relation d'aide « La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes ». (Rogers, 1963, p.12)

Selon André Manoukian dans son livre *La relation soignant-soigné* (2014, p. 56), il existe des points clefs de la relation d'aide. En effet, il exprime que la relation d'aide est « fondée sur le développement d'une relation de confiance [et] le respect de certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, et l'absence de jugement », il ajoutera « le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit ».

Il ne faut pas oublier que la base de toute relation et notamment celle de la relation d'aide psychologique est la confiance. Dans l'article *La relation de soin : une question de confiance ?* (Santin A., 2009), la confiance est définie comme « foi en quelque chose, en quelqu'un. Se fier à, car il s'agit bien de cela : se fier à un autre, à l'inconnu, se confier pleinement ».

Cette confiance ne peut s'instaurer que grâce à la communication verbale et non verbale entre le soignant et le soigné, l'écoute, le non-jugement, la bienveillance...

## 2.3 La juste distance relationnelle

### 2.3.1 La distance relationnelle

Selon le dictionnaire Larousse, la distance est « l'intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes ».

Selon Mike Martin, la distance professionnelle est définie « comme la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle ». (1997). On peut donc comprendre qu'il s'agit d'un équilibre à trouver. Il y a deux extrêmes : la distance « standard » qui voudrait dire que l'on associe le patient seulement en tant que « dossier » ou « numéro de chambre ». L'autre extrême serait la « proxémie excessive ».

Pascal Prayez utilise le concept de proxémie (étude des distances sociales entre les individus) qui va être introduite par l'anthropologue américain Edward T. Halls.

Selon cet auteur, il existe 4 différentes formes de distance qu'il va expliquer dans son essai *La dimension cachée* (2014) :

- La distance intime (0 à 45 cm) : distance adoptée lors de relations intimes.

- La distance personnelle (45 cm à 125 cm) : distance adoptée en société lors de conversation personnelle.
- La distance sociale (de 1.20m à 3.30m) : distance adoptée en société lors de conversation impersonnelle.
- La distance publique (de 3.60m à plus) : distance adoptée en société lors de prise en parole public ou de sentiment de menace.

### 2.3.2 La juste distance relationnelle

Pascal Prayez définit la juste distance comme la « capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places ». Il faut considérer le patient et lui manifester du respect. Il ajoute par la suite qu'« Il y a une juste distance à vivre dans la relation d'aide professionnelle, mais ce terme est piégé, car il est trop souvent entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui ». (2017)

Comme le précise Florence Michon, cadre de santé, « Il ne s'agit surtout pas de se « blinder », ni de se constituer une « carapace » mais d'être soi. ». Elle va ajouter « être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop ni trop peu ». (2013). Elke Mallem va également parler de « carapace professionnelle ». (2005, p. 22). Cette carapace peut être comparée à une protection qui permettrait donc au soignant de se protéger. Il va ajouter que la juste distance « doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle ». L'auteur va ensuite reconnaître que « la peau du soignant est fragile » car nous sommes au quotidien témoin de la souffrance de l'autre. Selon Philippe Colombat, lors d'un entretien qu'il accorde à Pascal Prayez, un excès de distance professionnelle est « une catastrophe ». (2017). En effet, une distance excessive pourrait mettre le patient à l'écart et empêcher la confiance de s'établir, ce qui serait un frein dans la relation et la prise en charge.

Une distance excessive n'a pas uniquement d'incidence sur la relation entre le patient et l'infirmier mais également sur l'infirmier lui-même.

En effet, « Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel ». (Deshays, 2018). Selon L'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux de Normandie, « trouver et gérer la "bonne" distance thérapeutique est une sécurité psychologique pour l'aidé et l'aidant ». (URIOPSS de Normandie, n.d.)

Le risque ici « d'être affecté, touché » peut renvoyer tout d'abord au risque d'attachement, celui-ci étant selon Monique Formarier « un engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu'un ». (2007)

Les risques d'une juste distance non adaptée peut-être le Burn out ou l'épuisement professionnel. Herbert J. Freudenberger met l'accent sur l'épuisement qui peut apparaître face à une sollicitation trop importante de ressources personnelles induisant ainsi un risque « de se consumer » et de « se brûler ». (1974). Il définit le Burn out par le fait de « s'épuiser en s'évertuant à atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose. Quelqu'un qui en souffre, souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue ». Il ajoute que « le Burn out est défini comme la pathologie de la relation d'aide », « soignants peuvent se sentir impuissants face à la douleur et être confrontés à des situations émotionnellement éprouvantes ».

Pour compléter, dans certains cas, la « fatigue de compassion » va être décrite comme la résultante d'un engagement professionnel auprès de personnes présentant une grande détresse psychologique ou un état traumatique. En effet, la « fatigue de compassion » précède le burn out. Il se révèle donc plus que nécessaire de tenter de trouver une juste distance qui convienne au soignant ainsi qu'au patient.

### 3. La détresse psychique

#### 3.1 Qu'est-ce que la détresse psychique ?

Selon le dictionnaire Larousse, la détresse est une « angoisse causée par un sentiment d'abandon, d'impuissance, par une situation désespérée »

Selon le dictionnaire Larousse, l'adjectif psychique concerne « la vie mentale, dans ses aspects conscients et/ou inconscients. »

Antoine Lesur, docteur, va définir la détresse psychique comme « une angoisse douloureuse qui fige le psychisme ou le désorganise parfois, nous empêchant d'agir ou de prendre de bonnes décisions ». (2022)

Dans l'article Qu'appelle-t-on bonne santé mentale et troubles psychiques ? « On parle de troubles psychiques lorsque l'état de bien-être est perturbé. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire, douloureuses et de maintenir son équilibre psychique. ». Il est ajouté que l'origine de la souffrance psychique peut provenir de plusieurs facteurs de risque comme

« Les facteurs personnels de vulnérabilité psychique », « Les facteurs sociaux et économiques », « Les facteurs sociétaux et environnementaux » (Améli, 2022)

### 3.2 Comment se manifeste-t-elle ?

L'American Psychological Association qui est une société représentant les psychologues aux Etats-Unis, va préciser les grandes lignes de la conduite à tenir face à cette urgence psychique. Dans son article Crise émotionnelle : comment aider au mieux ceux qui en souffrent (2014), il est mentionné que cette détresse peut se manifester de différentes manières « allant de la crise dépressive à des troubles du comportement alimentaire, des excès d'alcool ou de produits psychotropes illicites, des automutilations ou des pensées suicidaires ». Il sera ajouté que « le changement brutal dans le comportement est, la plupart du temps, le signe le plus précoce ». Des exemples sont donnés, « négligence de l'hygiène personnelle, changements inexplicables dans l'humeur, crises de colère ».

### 3.3 La prise en soin d'un patient en détresse psychique

Selon Walter HESBEEN, le prendre soin désigne « cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé » (1997, p. 8)

L'American Psychological Association a publié l'article Crise émotionnelle (2014) va indiquer quelques principes de base pour réagir face à cette détresse. L'article mentionne le fait « d'intervenir au plus tôt » car « c'est une urgence psychologique, parfois vitale » et qu'il est nécessaire d'identifier les premiers symptômes. Il est énuméré plusieurs actions comme « parler d'une manière positive sans porter de jugements, de rester calme et faire preuve de plus d'«écoute» que de «conseils», d'apporter au mieux un soutien ». Le psychologue est mentionné dans l'article « les psychologues (ou psychiatres) ont une formation qui leur permet de prendre en charge les problèmes émotionnels et comportementaux complexes. ». Il souligne néanmoins, la complexité d'aborder ce sujet avec les patients « une démarche qui peut être parfois très difficile et délicate » car les personnes souffrant de détresse psychique ne sont pas forcément prêtes ou ont le désir de recevoir de l'aide.

Martine Ruzniewski va dans son article Face à la souffrance et à la détresse existentielle en fin de vie accorder des conseils pour aider les soignants face à la détresses des patients ainsi que leur proches « nécessité de partager en groupe de parole », « Adapter son attitude et son écoute en fonction de la parole du patient. », « Ne pas chercher à figer la parole, le droit à une écoute souple, qui accueille les évolutions, les révolutions parfois, de la parole du patient ». Elle souligne le fait que « c'est très dur pour les soignants ». (2014, p. 1)

## 4. Le dispositif méthodologique du recueil de données

### 4.1. Le dispositif méthodologique

Afin d'apporter des éléments du vécu à la partie théorique de mon mémoire, il était nécessaire de réaliser au minimum deux entretiens semi-directif auprès de professionnels de santé en poste. Ce type d'entretien va permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur leurs points de vue et ressentis grâce à des questions ouvertes. L'enquête qualitative que j'ai réalisée vise à comprendre en quoi le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière permet-il une juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique. Pour cette enquête, j'ai donc construit un guide d'entretien qui m'a permis de réaliser les entretiens semi-directifs auprès des trois infirmières. (Annexe I)

J'ai tout d'abord commencé par construire mon guide d'entretien en plusieurs parties afin de pouvoir cibler les réponses nécessaires pour l'analyse des données. Les quatre parties portaient sur : le parcours professionnel, les émotions, la distance relationnelle dans la prise en soin d'un patient en détresse psychique et sur l'impact des émotions infirmière sur la distance relationnelle.

### 4.2. Le choix des professionnelles interviewées

Après avoir construit le guide d'entretien, j'ai sélectionné les professionnels de santé avec qui je souhaitais m'entretenir. J'ai choisi d'interroger trois infirmières d'âge différent et d'expériences différentes pour pouvoir savoir si cela avait un impact sur leurs réponses.

Deux des infirmières travaillent dans le service de chirurgie gynécologique dont l'une a récemment changé de service pour intégrer le service de médecine interne et une vacataire. Cette dernière a travaillé dans plusieurs services et principalement en oncologie. L'intérêt du service de chirurgie gynécologique est à mon sens, l'existence d'une grande détresse psychique chez beaucoup de patientes car elles sont pour beaucoup, confrontées à un cancer. L'intérêt d'avoir choisi une infirmière vacataire est qu'elle ait pu rencontrer des patients en détresse psychique dans différents services comme médecine interne, pneumologie et en oncologie.

La première infirmière que j'ai interrogée, que j'appellerai l'infirmière N°1 dans l'analyse, est diplômée depuis décembre 2020. Elle est vacataire et a donc travaillé dans plusieurs services tels que la médecine, l'oncologie ou laboratoire... Elle a une appétence particulière pour l'oncologie et aimerait par la suite y travailler de manière quotidienne.

La deuxième infirmière que j'ai interrogée, qui sera nommée infirmière N°2 dans l'analyse, est diplômée depuis 23 ans. Elle a exercé dans différents services tels que la médecine, la gériatrie, la

chirurgie, l'hématologie et exerce actuellement dans le service de chirurgie gynécologique depuis désormais 4 ans et demi.

Pour finir, la dernière infirmière interrogée, l'infirmière N°3, est diplômée depuis juillet 2021. Dès l'obtention de son diplôme, elle a été affectée dans le service d'onco hémato pédiatrique, ce qui ne lui a absolument pas plu et s'est dirigée ensuite vers la chirurgie gynécologique, là où elle avait déjà fait un stage au préalable. Depuis à peine un mois, elle a changé de service et est allée en médecine interne.

J'ai choisi de réaliser trois entretiens infirmiers à la place des deux préconisés. Etant en stage à Paris au cours de la période où il était recommandé de procéder aux entretiens, j'ai préféré faire le premier entretien avec une infirmière sur place pour ne pas prendre de retard dans le traitement de mon sujet. Après le deuxième entretien effectué, j'ai décidé d'effectuer le troisième prévu initialement car j'ai jugé nécessaire de recueillir un dernier point de vue. En effet, le thème de mon mémoire est un sujet personnel à chaque soignant, difficile à verbaliser et par conséquent, il me fallait obtenir des réponses plus détaillées et plus intimes.

La première infirmière interrogée était celle avec qui j'ai réalisé une journée de stage. L'interview s'est déroulé dans notre salle de pause à la fin de notre temps de travail, cela a duré 18 minutes. Pour la deuxième infirmière, l'échange s'est réalisé par mail ; mail obtenu lors de mon stage en chirurgie gynécologique (semestre 5), nous nous sommes retrouvées dans l'hôpital où elle travaille sur son temps libre et où j'avais effectué mon stage. L'interview a duré 14 minutes. Pour la dernière infirmière, j'ai échangé avec elle via messages privés, nous nous sommes donné rendez-vous à mon domicile et cela a duré 14 minutes.

J'ai demandé à chacune d'elles si elles acceptaient d'être enregistrées ainsi j'ai pu recueillir leur propos grâce au dictaphone de mon téléphone. L'intérêt était de ne pas perdre d'informations qui me seraient utiles lors de la retranscription et cela allait me permettre d'être totalement attentive à ce qu'elles me disaient.

#### **4.3. Bilan du dispositif (points forts, difficultés)**

Le point positif de ces entretiens a été de connaître les infirmières interrogées. J'ai eu plus de facilité pour la prise de contact et pour le déroulement de l'interview.

J'ai été confrontée à quelques difficultés. En effet, lors de ces entretiens, j'ai volontairement omis de poser une question lors de l'entretien n°2. Selon moi, l'infirmière avait déjà apporté les réponses dans un questionnement précédent. Pour les deux autres entretiens, j'ai finalement fait le choix de poser tout de même cette question car je me suis rendu compte qu'il était possible d'avoir des

réponses proches mais développées différemment. L'autre difficulté que j'ai rencontrée est que le sujet de mon mémoire est quelque chose de relativement intime et personnel, qu'il n'est pas simple de poser des mots sur ce qu'on ressent. C'est pourquoi lors de la retranscription, je me suis aperçue qu'il me manquait des précisions et j'ai donc recontactés les infirmières pour approfondir leurs réponses.

## 5. Analyse descriptive des entretiens

Afin de respecter l'anonymat des trois professionnelles de santé, elles seront nommées IDE n°1, IDE n°2 et IDE n°3.

### 5.1 Connaissance de la population interviewée

L'IDE n°1 est diplômée depuis décembre 2020 et travaille en tant que vacataire. L'infirmière n°2 travaille depuis 4 ans et demi dans le service de chirurgie gynécologique et est diplômée depuis 23 ans tandis que l'infirmière n°3 est diplômée depuis juillet 2021, a exercé dans le service de chirurgie gynécologique de jour ainsi que de nuit pendant plus d'un an et est désormais en médecine interne de nuit.

Cette variété de personnes interviewées a eu le mérite d'obtenir un panel plus différent de point de vue.

### 5.2 Les émotions

Tout d'abord, l'analyse va avoir pour objectif d'identifier la place des émotions dans le métier d'infirmière. Nous aborderons la manière dont les émotions s'expriment et se manifestent pour le patient en détresse psychique et pour l'infirmière. Il s'agira ensuite de mettre en évidence la manière dont les infirmières gèrent leur émotions.

#### 5.2.1 L'expression et la manifestation des émotions

- *Les émotions versus patient*

Les trois infirmières indiquent que les émotions surgissent à des moments différents de la journée (surtout la nuit) ou quand le patient évoque des situations particulières (son vécu au sujet de sa pathologie ou sa famille). L'IDE n°2 ajoute que cela est personnel et propre à chacun. Les 3 infirmières

s'accordent à dire que les émotions se manifestent par des expressions verbales et physiques. Elles avancent que cela s'exprime par des pleurs à 9 reprises et des mots à 8 reprises dans leur interview. L'IDE n°2 rajoute trois éléments complémentaires qui sont : les cris (2 fois), le mutisme et également des scarifications. De plus, deux infirmières mentionnent que ces émotions s'expriment à travers le comportement du patient par des « sonnettes intempestives » (IDE n°3) ou « un patient qui appelle beaucoup » (IDE n°2) sans pour autant verbaliser le fait que cela n'aille pas.

Après avoir parlé des émotions du patient, les infirmières ont ensuite parlé des leurs.

- Les émotions versus infirmière

Deux émotions sont revenues 6 fois pour chacune d'elles : la tristesse et l'impuissance. Il est ensuite ressorti la notion de colère et de compassion. Nous pouvons remarquer que les infirmières ne parlent majoritairement que d'émotions négatives.

L'infirmière n°1 nous confie qu'elle peut ressentir des émotions « quand on voit une personne qui souffre » et quand « on n'arrive par exemple pas, à le soulager ou parce que ça nous touche ». L'infirmière N°2 quant à elle, explique que ce serait lorsqu'elle « se retrouve face à quelqu'un qui est en détresse psychologique », « par rapport à son état de santé » et lorsqu'elle se rend compte qu'elle n'a aucune solution à apporter pour soulager la détresse psychique. Pour la dernière infirmière, les émotions auraient comme déclencheur le fait « de ne pas avoir su avant que ça n'allait pas ».

On constate que leurs émotions sont induites par l'impuissance qu'elles éprouvent face à la détresse de leurs patients.

Au cours des différents entretiens, il a été exprimé une grande difficulté face au fait de ressentir des émotions. « Ce n'est pas facile », « Compliqué de voir une personne en souffrance », « Compliqué de ne pas pouvoir l'aider à apaiser sa souffrance » (IDE n°1), « C'est compliqué hein les émotions » (IDE n°2) et « C'est un peu compliqué à gérer nous-mêmes » (IDE n°3). Nous pouvons en conclure qu'ici, elles sont toutes d'accord pour dire que gérer leur émotions n'est pas chose simple et il ne semble pas avoir de différence entre l'infirmière n°2 qui a le plus d'expérience et les autres.

Les différentes infirmières reconnaissent leur émotions et leur droit de s'autoriser à les ressentir et considèrent que c'est humain. L'infirmière n°1 appuie cette idée au moins 4 fois « nous avons des émotions », « nous ne sommes pas des robots clairement », « mais nous restons des êtres humains ». Elles poursuivent qu'en tant que soignant nous avons nos propres limites ce qui explique les émotions exprimées.

### 5.2.2 La gestion des émotions des infirmières

- L'équipe

Les trois infirmières ont toutes fait référence à leur équipe. On comprend que l'équipe est une ressource et un soutien pour elles. Elles mentionnent à 8 reprises qu'il faut « passer le relais » lorsque « la situation est trop lourde pour moi psychiquement » ou alors que « le vécu du patient commence à nous atteindre » (IDE n°1). L'IDE n°2 elle, passe le relais lorsqu'il y a « trop d'émotions pour pouvoir l'aider » ou qu'elle est en train de se faire « du mal ». De plus, elles évoquent le besoin impérieux de parler à quelqu'un mais sans nommer d'interlocuteurs.

- Stratégies de mise à distance / mécanismes de défense

Pour tenter de gérer ses émotions au mieux, elles donnent des exemples de stratégies utilisées pour gérer leurs émotions : le fait de s'isoler ou d'être dans sa voiture où l'on peut pleurer, crier est pour l'IDE n°3 une manière de gérer et libérer ses émotions, « tu te planques dans un placard et tu pleures » est une stratégie utilisée par l'IDE n°2.

Pour la gestion des émotions, des mécanismes de défense du soignant ou comportements de mise à distance se mettent en place et peuvent être parfois inconscients.

Se rappeler que le patient « n'est pas quelqu'un de ma famille », « je suis là pour l'accompagner » permet pour l'IDE n°3 de créer de la distance entre elle et le patient. L'IDE n°2 nous parle d'une toute autre méthode « tu te fais une carapace ». Elle ajoutera également une alternative dont elle seule nous fait part « je fais beaucoup de sport ».

Leurs réponses sont différentes mais complémentaires. Les deux infirmières n°1 et n°3 s'accordent pour dire qu'elles utilisent l'humour en tant que mécanisme de défense. L'IDE n°2 ne nous cite pas particulièrement un mécanisme de défense mais plutôt un comportement de mise à distance. Elle va parfois essayer de prendre du recul et de se détacher du patient, d'« être uniquement dans ton soin », et de « faire les choses mécaniquement ».

De plus, les deux jeunes infirmières précisent qu'elles tentent de ne pas « montrer », ni de faire « transparaître » leurs émotions devant le patient. Elles ajoutent que ce n'est « pas quelque chose de facile », que c'est « difficile », « des fois c'est difficile ». Nous pouvons observer ici que le mot « difficile » est cité plusieurs fois mais sans être explicité davantage.

Pour finir, l'infirmière n°3 fait une nuance sur le fait que « on a le droit de ressentir des émotions » mais « il ne faut pas que cela nous nuise, nous atteigne personnellement ». On s'aperçoit cependant que certains de leurs propos sont paradoxaux. En effet, il est dit qu'il faut mettre une distance entre le patient et soi-même tout en expliquant qu'« on est dans l'action, les choses se font naturellement. C'est souvent quand cela commence à nous impacter et qu'il est un peu tard, qu'on s'en rend compte ».

- Laisser ses émotions sur son lieu de travail

Les infirmières attachent de l'importance au fait de ne pas amener les émotions qu'elles vivent au travail à leur domicile. L'infirmière n°3 ajoute que ramener ses émotions à la maison « c'est la catastrophe ». L'infirmière n°2 mentionne que « cela s'apprend avec le temps ».

Pour éviter d'arriver à des souffrances liées à des émotions négatives, le soignant doit tenter au mieux de gérer ses émotions. Les infirmières interrogées évoquent la difficulté de cette gestion et soulignent l'importance de le faire pour éviter d'en souffrir. Elles ajoutent la nécessité de maîtriser leurs émotions au travail dans le but d'éviter d'envahir leur sphère personnelle et familiale.

Après avoir échangé sur les émotions et s'être rendu compte de leur place en tant qu'infirmière, il est important de comprendre notre place dans la relation soignant-soigné grâce à une distance relationnelle adaptée.

### 5.3 La distance relationnelle dans la prise en soin d'un patient en détresse psychique

#### 5.3.1 Que doit-on entendre par juste distance relationnelle ?

L'accent est mis sur l'idée que la « juste » distance professionnelle n'a pas de définition à proprement parler. En effet, chaque soignant a sa propre distance professionnelle. Celle-ci dépend de plusieurs facteurs : la sensibilité de l'infirmière, le patient, de ses besoins, sa situation de soin et de la relation soignant-soigné.

Pour les infirmières, la distance relationnelle est définie comme le respect de la personne mêlant de l'empathie. Rester professionnelle mais à l'écoute du patient. Elle servirait à se protéger en tant que soignant des émotions que l'on pourrait ressentir pour le patient. Elle serait nécessaire à mettre en place. La notion la plus importante à mémoriser dans cette distance professionnelle est qu'elle est en ajustement permanent, c'est « un équilibre à trouver ». Comme l'indique l'IDE n°2, « ces barrières peuvent bouger », « ce n'est pas un cadre rigide ».

Selon les professionnelles diplômées, il existe des moyens de parvenir à rester dans la juste distance relationnelle.

#### 5.3.2 Mise en œuvre de la juste distance relationnelle

Elles ont toutes leurs méthodes comme « partir du principe que ce ne sont pas tes amis, des gens de ta famille », que « tu es là pour l'accompagner » (IDE n°3), « d'essayer de mettre des

barrières » (IDE n°2) ou pour finir « se rappeler que je suis ici pour soigner les patients » (IDE n°1). On notera l'utilisation des verbes « essayer » par l'ensemble des infirmières et « tenter » ce qui souligne le fait que ce n'est pas chose simple à faire.

Les différences dans la prise en soin d'un patient « lambda » ou d'un patient en détresse psychique sont visibles. En effet, elles s'accordent pour dire qu'elles donneront un peu plus de leur personne pour le patient en détresse psychique mais l'IDE n°2 elle, précise que peu importe le patient, elle mettra toujours une distance afin de se protéger elle-même.

Cependant, on retrouve dans leur propos, l'importance de conserver une distance pas trop « éloignée ». L'IDE n°3 évoque la nuisance d'une distance trop rigide sur le patient en détresse psychique qui pourrait se sentir rejeter et nuire à la relation de confiance avec le soignant.

Désormais, il est important de comprendre ce que les infirmières mettent en place lorsque que la distance relationnelle n'est plus juste.

### 5.3.3 Les ajustements nécessaires pour le rétablissement d'une juste distance relationnelle

- Les facteurs déclencheurs du réajustement de la distance relationnelle avec le patient

Elles expliquent qu'il existe des facteurs qui majorent l'implication de la soignante dans la relation soignant-soigné. L'IDE nous donne un exemple : les patients chroniques « quelqu'un qui est chronique [...] tu la connais tellement bien c'est compliqué à gérer pour nous ». La même infirmière met également l'accent sur l'idée que pour elle, soigner quelqu'un que tu connais ou de ton entourage est très compliqué à gérer. C'est d'ailleurs ce que l'IDE n°3 nous fait comprendre lorsqu'elle avance « il faut essayer de partir du principe que ce ne sont pas tes amis, des gens de ta famille ». On peut comprendre de part cette phrase, qu'elle rejoint l'idée de l'IDE n°2 sur le fait que soigner des personnes que l'on connaît est compliqué émotionnellement à gérer.

Toutefois, franchir leurs propres limites est vécu par les soignantes comme néfaste. Elles donnent plusieurs exemples de l'impact que pourrait avoir une distance relationnelle jugée comme non adaptée. Cela agirait sur la soignante en elle-même et /ou sur son travail ; « ça t'impacte dans ton travail ou même sur toi », « nous impacter négativement sur la prise en charge avec d'autres patients ».

Paradoxalement, les soignantes avancent que trop de distance peut être dommageable pour le patient comme énoncé précédemment. Il faudrait selon l'IDE n°1 et n°3, « être proche sans être trop proche non plus » et « il ne faut pas qu'il y ait trop de distance non plus ».

- Les actions menées par les infirmières pour ré adapter une juste distance

Elles précisent que l'action la plus importante à réaliser est de passer le relais lorsqu'elles sentent qu'elles ne maîtrisent plus cette distance. Elles mentionnent qu'il est possible parfois de ne pas pouvoir passer la main pour des raisons qui ne leur appartient pas. Dans ce cas de figure, elles modifient leur comportement comme par exemple, « tu gères comme tu peux », « j'évite d'aller trop dans la chambre », « j'essaie de me rappeler que c'est mon travail [...] et pas ma vie personnelle ».

Concernant la prise en soin de patients en détresse psychique, elles précisent qu'elles se sont volontairement ou involontairement imposées moins de barrières dans cette relation car elles estimaient que ces patients avaient besoin pleinement d'elles.

Elles justifient cette attitude du fait que « si on se montre trop détaché ou impliqué que partiellement, la patiente ne se sentira peut être pas à l'aise pour se confier que si on se montrait plus proche d'elle », « s'il se sent dans un milieu pas agréable, hostile, pas propice à se confier, cela ne va pas l'aider ». Cependant, elles rappellent que la juste distance est propre à chaque soignant et que par conséquent, la distance mise en place peut leur convenir mais qu'il n'est pas impossible qu'elle ne convienne pas au patient. Là est « tout l'enjeu et l'équilibre » de trouver la « distance qui convient au patient pour se confier et se sentir à l'aise ».

## 5.4 Les compétences émotionnelles selon les infirmières

### 5.4.1 Qu'est-ce que les compétences émotionnelles ?

Aucune des trois infirmières ne donnent de définition précise des compétences émotionnelles. Elles répondent en exposant directement certaines qualités comme l'empathie, prêter attention à l'autre et être une personne ressource pour le patient.

Les trois infirmières s'accordent pour dire que parmi les compétences émotionnelles essentielles à avoir, se trouve l'empathie. Elles mettent ensuite l'accent sur le fait de respecter le patient, ses choix et ses propres limites. Elles ajoutent qu'en tant que soignant qu'il est important d'avoir un rôle d'accompagnant pour le patient, d'être une personne « aidante ou ressource » comme le mentionne l'IDE n°3.

### 5.4.2 Bénéfices des compétences émotionnelles

Selon l'IDE n°2 « c'est grâce aux compétences émotionnelles qu'on prend bien soin d'une personne ». Elle poursuit en disant qu'il faut « continuer de tenter de les développer pour être constamment dans la recherche de l'amélioration de la prise en soin du patient ». L'IDE n°3 affirme

qu'il existe des avantages à développer les compétences émotionnelles pour « connaître les situations qui pourraient potentiellement nous toucher et éviter que cela arrive. »

- *Selon les infirmières, ces compétences permettent de mieux se connaître soi-même*

Elles se rejoignent ensuite sur l'importance de cette connaissance. A plusieurs reprises, elles montrent qu'il est important de connaître « ses propres limites » en tant que soignant pour une meilleure prise en soin du patient. L'IDE n°3 expose que « reconnaître nos émotions » aurait un impact positif dans la qualité de la prise en soin car cela permettrait de « reconnaître que le patient en ait également » et par conséquent mieux l'accompagner au-delà de l'aspect technique du soin. Ensuite, elles mentionnent à 4 reprises la nécessité de connaître ses limites car cela leur permet de mieux appréhender certaines situations auxquelles elles pourraient être confrontées et de mieux se protéger émotionnellement.

## 6. La discussion

Désormais, je vais comparer les réflexions des auteurs, les réponses des infirmières interrogées et exposer mon point de vue et positionnement professionnel pour éclairer ma question de départ qui était la suivante : **Dans quelle mesure, le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière, permet-il une juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique ?**

Pour cela, je vais scinder la discussion en 3 thèmes : les compétences émotionnelles, l'impact des compétences émotionnelles sur la juste distance relationnelle et pour finir, la détresse psychique et la juste distance.

### 6.1 Les compétences émotionnelles

#### 6.1.1 Les émotions

Comme vu précédemment, une émotion est, d'après le dictionnaire Larousse 2022, une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ». Nous avons alors déduit qu'une émotion est quelque chose de soudain. Lors des différents entretiens, les infirmiers nous ont fait part de la notion de temporalité c'est-à-dire un moment particulier où les émotions apparaissent plus que d'autres.

Je trouve que c'est cette soudaineté qui nous met en difficulté, nous ne sommes pas préparés et nous vivons des émotions qui peuvent être très fortes et nous mettre ainsi en difficulté pour les gérer.

Géraldine Langlois nous partage son sentiment dans l'article De l'émotion dans le soin qu'« on n'est pas des machines face à des machines ». Claude Curchod s'accorde avec cette idée et avance que ressentir une émotion est « une composante naturelle et inséparable de l'activité soignante ». Ce dernier point de vue est partagé par les infirmières interrogées qui soulignent leur droit à s'autoriser à ressentir les émotions considérant que c'est humain.

Je partage leur sentiment, nous sommes au chevet de personnes souffrantes et pouvons être submergés par les émotions. On entend souvent notamment en formation ou en stage qu'il faut savoir contrôler et gérer ses émotions mais il n'existe pas de cours spécifiques traitant de ce sujet. Je trouve que ces émotions sont de plus en plus reconnues et qu'il est important dans notre pratique professionnelle de les prendre en compte tout en veillant à ce que cela n'entrave pas notre rôle de soignant.

#### 6.1.2 Les apports bénéfiques des compétences émotionnelles pour notre profession

Les compétences émotionnelles sont une notion peu connue des soignants. Lors de mes différents entretiens, elles ne me les ont pas définis comme une notion mais en me listant des attitudes soignantes qui relèvent ces compétences. Elles ont conscience de l'importance de celles-ci car elles avancent qu'elles participent à une bonne prise en soin. Dans un article de Margot Phaneuf, figurent les différents rôles de ces compétences : « reconnaître les émotions et les souffrances des autres », « exerce une influence marquée sur notre comportement ». La notion de compétences ou d'intelligence émotionnelle m'était également inconnue mais j'ai découvert la place prépondérante de celle-ci. Ce sont les compétences émotionnelles qui selon moi, améliorent notre remise en question et notre qualité de soin.

### 6.2 L'impact des compétences émotionnelles sur la juste distance relationnelle

#### 6.2.1 La modulation de la juste distance relationnelle

Prendre soin d'un patient en détresse psychique inclut impérativement une relation d'aide et de confiance. La proximité entre le patient et l'infirmière fait partie intégrante du travail du soignant, c'est inévitable. Il est cependant nécessaire de mettre une juste distance relationnelle et primordiale de trouver un équilibre entre être trop investi et trop distant. Comme le disait Florence Michon dans son article Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste

distance (2013) « être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop ni trop peu ». Les infirmières interrogées rejoignent cette idée. En effet, elles indiquent qu'il faut mettre en place un ajustement permanent et veiller à ne pas imposer une distance trop rigide avec le patient en détresse psychique au risque de détériorer la relation. C'est ce que Philippe Colombat précise lors d'un entretien, qui avance qu'un excès de distance professionnelle est « une catastrophe » car cela tiendrait à l'écart le patient et empêcherait la confiance de s'établir avec le soignant.

En résumé, la juste distance doit permettre de se protéger sans pour autant ériger une barrière trop rigide qui nuirait à la relation soignant-soigné. Il suffit « d'être soi » comme l'indique Florence Michon. Personnellement, j'ai conscience que dans ma pratique professionnelle, mettre une barrière représentera une difficulté car je suis une personne relativement sensible et dans la compassion. Grâce à ce travail de recherche, je comprends qu'il ne faut pas se créer une carapace d'insensible qui ne nous ressemble pas mais qu'il reste important de se fixer des limites pour notre bien et celui du patient.

#### 6.2.2 Les compétences émotionnelles : outil pour la mise en place de la juste distance

Les compétences émotionnelles regroupent plusieurs piliers que Goleman a présenté en 2001 à la suite de la publication de ses différents livres : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la conscience sociale et la gestion des relations.

Dans la maîtrise de soi, il est fait référence au contrôle de soi qui reflète et comprend la gestion de ses propres émotions. Gérer ses émotions aide à garder un contrôle de la relation et a une influence sur la mise en place de limites personnelles. En effet, les infirmières mettent en avant l'importance de connaître ses propres limites afin de se protéger émotionnellement. Elles poursuivent en précisant que cela permettra une meilleure qualité de soin.

Pour ma pratique professionnelle, il sera indispensable d'être claire sur ce que je m'autorise à ressentir et à recevoir de la part des patients. Ce sont les limites qui créeront à mes yeux le sentiment d'être juste, en donnant au patient de ma personne sans que cela ne me soit néfaste. Selon moi, c'est de cela que naîtra la juste distance relationnelle qui est propre à chaque individu et situations. Bien évidemment comme le mentionne les infirmières, c'est quelque chose de compliqué à mettre en oeuvre car la juste distance relationnelle est singulière et personnelle. Si l'on ne s'impose pas de cadre, nous allons nous retrouver dépassé par les émotions et nous n'arriverons plus à savoir ce qui est bien ou non pour le patient et pour nous, soignants.

Catherine Deshays avance que « Là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel ». Les compétences émotionnelles sont, selon moi, des moyens qui vont permettre de limiter le risque d'une relation soignant-soigné douloureuse.

### 6.3 Détresse psychique et juste distance

Le site Ameli a défini la détresse psychique : « On parle de troubles psychiques lorsque l'état de bien-être est perturbé. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire, douloureuses et de maintenir son équilibre psychique. ». Les infirmières ont souligné que le patient en détresse psychique aura davantage besoin de plus d'attention et de temps. Elles avancent que « elles donneront un peu plus de leur personne » que si c'était un patient lambda. Elles nous font part d'une autre différence dans la prise en soin qui est l'abaissement de leurs limites habituelles car ce type de patients est plus fragile.

J'en retiens qu'un patient en détresse psychique nécessite plus d'attention car il est plus vulnérable. Cependant, il reste important de se protéger soi-même car ce sont des situations qui peuvent être d'autant plus bouleversantes. Je pense qu'il est indispensable de se montrer présent pour ces patients mais tout en conservant une distance relationnelle qui nous semblera juste pour le patient mais aussi pour nous-même. Cet équilibre est important à trouver car comme l'avance les infirmières, une distance trop importante pourrait être dommageable pour la relation soignant-soigné.

Avoir réalisé les recherches et les interviews pour le sujet de mon mémoire, de nouvelles interrogations sont apparues. Je trouve qu'il serait important de développer le thème étudié en y intégrant l'émotion des familles. Au cours de différents stages, j'ai été confronté aux émotions de familles de patients. Ces dernières interagissent sur la relation soigné-soignant, en étant parfois très présentes et en recherche d'explications et de soutien.

Il aurait été intéressant d'étudier leur influence : Les émotions des familles ont-elles un impact sur la relation avec le patient ? Existe-t-il une influence sur notre prise en soin ?

C'est ainsi qu'est née une question de recherche : **De quelle manière les émotions de la famille peuvent-elles influencer la juste distance relationnelle ?**

## 7. Conclusion

Pour conclure, je suis partie de deux situations vécues en stage qui m'ont questionnées. Cela a fait naître ma question de départ : **Dans quelle mesure, le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière, permet-il une juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique ?**

Pour étudier ce questionnement, j'ai d'abord effectué des recherches dans des ouvrages, des articles puis interrogé trois infirmières rencontrées au cours de mes stages. Ces lectures et échanges ont enrichi mes connaissances et m'ont apporté un éclairage en tant que future professionnelle sur l'importance des compétences émotionnelles. Pour finir, j'ai analysé et confronté les éléments recueillis au cours de mes lectures et les différents points de vue des infirmières. J'ai également pu exposer mon opinion en tant que future infirmière.

Ce travail m'a montré l'importance des compétences émotionnelles par rapport à la juste distance relationnelle avec un patient en détresse psychique. En effet, c'est grâce à ce développement de compétences que nous, infirmières, arrivons à mieux nous connaître et fixer des limites qui seront indispensables pour ne pas souffrir dans la relation soignant-soigné. Cependant, la juste distance relationnelle est en ajustement permanent selon la situation rencontrée et le patient. Il faut trouver un bon équilibre pour ne pas porter préjudice à la relation soignant-soigné. Il faut être d'autant plus vigilant lorsqu'on prend en soin un patient en détresse psychique car il est plus vulnérable, sensible et plus instable qu'un patient lambda.

Ce travail de recherche me permettra d'améliorer ma pratique professionnelle en termes de gestion des émotions. En effet, je suis une personne compatissante et empathique et cela peut parfois m'être compliquée de garder une distance avec certains patients d'autant plus quand ils sont en souffrance. Ce travail m'a montré qu'il était plus que nécessaire de s'imposer des limites et une distance professionnelle. J'en retiens cependant que mettre de la distance ne signifie pas se montrer désintéressée et indifférente aux émotions des patients.

Désormais, dans ma pratique professionnelle, je souhaite mettre à profit tout ce que j'aurai retenu grâce à ce travail. Il est important pour moi de pouvoir gérer au mieux mes émotions grâce aux compétences émotionnelles. J'ai compris que cet apprentissage n'est pas aisé et que cela pourra prendre du temps. L'essentiel à retenir est que le développement des compétences émotionnelles est le facteur indispensable pour tenter de trouver la distance qui nous semble juste pour nous et le patient.

## Bibliographie

### Ouvrages

- Curchod Claude, Relations soignants-soignés, prévenir et dépasser les conflits, 2009, Edition Masson, p.28
- Dejours, C., & Gernet, I. (2016). *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson, p.97-101
- Deshays, Catherine (2018). *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. InterEditions.
- Fernandez, L., & Dumet, N. (2016). *Psychopathologie clinique du somatique : 12 études de cas*. In Press, p.1
- Filliozat, I. (2002). *Que se passe-t-il en moi ? : mieux vivre ses émotions au quotidien*. Marabout.
- Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle : Intégrale*. J'ai lu.
- Hall, E. T. (2014). *La dimension cachée*. Éditions Points.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. InterEdition : Masson.
- Jacquemin, D. (2001). *Manuel de soins palliatifs* (Centre d'éthique médicale (Lille), Ed.). Dunod.
- Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet Conseil, p.2
- Lesur, A. (2022). *La détresse psychique : Une nouvelle approche du soin*. Editions Odile Jacob.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. Éditions Lamarre.
- MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. – Soigner et accompagner – La relation soignant - soigné – Rueil Malmaison – Editions Lamarre – 2008 – page 9.
- Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*. Seli Arslan
- Mikolajczak, M., Quidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles* (Editions Dunod ed.)
- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Lamarre.
- Prayez, P. (2017). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Ed. Lamarre, p.136
- Rogers, C. R. (2005). *Le développement de la personne*. InterEditions., p.29
- Ruzniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants*. Dunod.
- Sabourin R. (1995), *Les cinq sens de la vie relationnelle*, Paris : Erasmé. P.11

## Articles :

- Améli. (2022). Qu'appelle-t-on bonne santé mentale et troubles psychiques ? <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/souffrance-psychique/definition>
- Crise émotionnelle : comment aider au mieux ceux qui en souffrent? (2014, Octobre 8). *Planete sante*. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Suicide/Crise-emotionnelle-comment-aider-au-mieux-ceux-qui-en-souffrent>
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Formarier, M. (2007, février). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. file:///C:/Users/carol/Downloads/RSI\_089\_0033%20(3).pdf
- Freudenberger, H. (1974). L'épuisement professionnel du personnel. *Journal des questions sociales*, 30, 159-165.
- Guévorts, B. (2019). Quelles sont les compétences de l'intelligence émotionnelle. <https://www.bernard-guevorts.com/article/quelles-sont-les-competences-de-lintelligence-emotionnelle/#.Ym5tNegza3B>
- Langlois, G. (2010). De l'émotion dans le soin. *L'infirmière magazine*, 262, 22-26.
- Mallem, E. (2005, mai). La distance professionnelle. *Objectif soins*, 136, 22-23.
- Martin, M. (1997). La distance professionnelle. *The international journal of applied philosophy*, 11, 39-50.
- Michon F. (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la motivation de la juste distance. *Soins*, n° 773, pp 33.
- Phaneuf, M. (2013, avril). L'intelligence émotionnelle, un outil de soin. *Santé mentale*, 177,30-35. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>
- Phaneuf, M. (2013, février). Les intelligences émotionnelle et sociale des outils pour la relation, p.30. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Les-intelligences-Z%CC%8Cmotionnelle-e-t-sociale-des-outils-pour-la-relation.pdf>
- Phaneuf, M. (2013, mars). Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux, p.3. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/03/Mecanismes-dadaptation-et-de-de%CC%81fense-chez-le-malade-cancZ%CC%8Creux.pdf>
- Rogers, C. R. (1963). La relation thérapeutique : les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, 224, 1-9.
- Ruzniewski, M. (2014, Octobre 28). Face à la souffrance et à la détresse existentielle en fin de vie. *Espace éthique*. <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/face-la-souffrance-et-la-detresse-existentielle-en-fin-de-vie>

- Ruzsiewicz, M. (2011, Décembre 8-9). Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave. *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*, 18, 15-17. [https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011\\_ruzsiewicz.pdf](https://pediadol.org/wp-content/uploads/2011/12/U2011_ruzsiewicz.pdf)
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Santin A. (2009). La relation de soin : une question de confiance ? <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>

#### **Textes législatifs**

- Art.R4312-2 du code de la Santé Publique du 8 août 2004 (Code de la Santé Publique, 2015) [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913906/2004-08-08](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913906/2004-08-08)

#### **Pages web**

- URIOPSS de Normandie. (n.d.). Trouver la juste distance relationnelle dans l'accompagnement. Pratiques professionnelles. <https://www.uriopss-normandie.fr/sites/default/files/fichiers/Normandie/Formation/pp9n.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2008). Annoncer une mauvaise nouvelle. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf)

#### **Définitions**

- Larousse. (s. d.). Détresse. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 13 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9tresse/24863>
- Larousse. (s. d.). Distance. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>
- Larousse. (s. d.). Emotion. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 10 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>.
- Larousse. (s. d.). Psychique. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 13 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychique/64818>
- Larousse. (s. d.). Relation. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 décembre 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

## Annexes

### Annexe I : Guide d'entretien

#### – Introduction :

Bonjour, je me présente, je m'appelle Caroline, je suis étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaitais m'entretenir avec vous sur le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière. Dans un premier temps, acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ? Je tiens à vous informer que celui-ci sera détruit après avoir été retranscrit et l'anonymat sera bien évidemment respecté lors de cette retranscription. Je vous remercie d'avance d'avoir accepté cet entretien et pour vos réponses apportées.

#### – Questions :

Thèmes	Objectifs attendus	Questions
<b>Parcours infirmier</b>	Connaissance de la personne interviewée	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel de manière succincte ?<ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Age : Quel âge avez-vous ?</i></li><li>– <i>Date du diplôme : depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?</i></li><li>– <i>Parcours dans le service : Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?</i></li></ul></li></ol>
<b>Les émotions</b>	Identifier la place des émotions dans le métier de l'infirmier	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dans votre métier d'infirmière, comment s'expriment les émotions ?<ul style="list-style-type: none"><li>– <i>A quel moment (ou dans quels contextes) les émotions du patient peuvent s'exprimer ? Avez-vous un exemple ?</i></li><li>– <i>A quel moment (ou dans quels contextes) vos émotions peuvent s'exprimer (ou apparaître) ? Avez-vous un exemple ?</i></li></ul></li><li>2. Comment se manifestent les émotions du patient en détresse psychique (dans son comportement) ?</li><li>3. Au niveau de votre comportement, comment se manifestent vos émotions ?</li></ol>

		<p>4. Personnellement comment gérer vos émotions au travail ?</p> <p>– <i>Mécanismes de défense ?</i></p>
<p><b>Distance relationnel dans la prise en soin d'un patient en détresse psychique</b></p>	<p>Identifier la distance relationnelle mise en place par l'infirmier face à un patient en détresse psychique</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selon vous, comment se manifeste la détresse psychique chez un patient ?</li> <li>2. Face à un patient en détresse psychique, quelles émotions vous traversent ?</li> <li>3. Face à un patient en détresse psychique, comment arrivez-vous pour mettre en place une distance relationnelle appropriée ?</li> <li>4. Lorsque vous sentez que vous n'êtes pas ou plus dans la juste distance relation avec un patient en détresse psychique, comment vous y prenez-vous ?</li> </ol>
<p><b>Impact des émotions infirmière sur la distance relationnel</b></p>	<p>Repérer ce que pense les infirmiers de la façon dont leurs émotions influent sur la distance relationnelle</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-ce que vos émotions peuvent influencer la distance relationnelle avec le patient ? <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>si oui en quoi ?</i></li> <li>– <i>si non pourquoi ?</i></li> </ul> </li> <li>2. Est-ce que le fait de prendre en soin un patient en détresse psychique influe-t-il sur la distance relationnelle mise en place par l'infirmière ?</li> <li>3. Quelles compétences émotionnelles l'IDE doit activer (posséder) pour l'aider à prendre en soin un patient en détresse psychique ?</li> </ol>

– **Conclusion :**

Que souhaitez-vous ajouter ? L'entretien est terminé, je vous remercie de m'avoir accordé du temps et pour vos réponses qui me seront très précieuses pour mon mémoire. Souhaitez-vous une copie de mon mémoire une fois qu'il sera terminé ?

**Annexe II :**  
**Retranscription entretien n°1**

ESI : Bonjour, je me présente je m'appelle Caroline, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur le développement des compétences émotionnelles par l'infirmière, je souhaitais m'entretenir avec vous. Dans un premier temps, acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

IDE : Oui tout à fait

ESI : Je tiens à vous informer que celui sera détruit après avoir été retranscrit et l'anonymat sera bien évidemment respecté lors de cette retranscription.

IDE : D'accord merci.

ESI : Je vous remercie d'avance d'avoir accepté cet entretien et pour vos réponses apportées.

La première question, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel de manière succincte ?

IDE : Je m'appelle ....., je suis infirmière maintenant depuis 1 an et demi. Je fais des vacations mais dans mes secteurs de prédilections comme l'oncologie principalement, la pneumologie ainsi que la gériatrie, la chirurgie et la médecine. Cela fait donc un an et demi que je suis vacataire et j'ai vraiment un travail un peu de volante. Je vois énormément de choses et j'ai aussi fait du laboratoire pour voir un peu ce qu'il se passait là-bas on va dire et j'ai fait aussi de la santé au travail. J'ai vraiment touché à différents domaines.

ESI : D'accord, ma deuxième question : dans votre métier d'infirmière comment s'expriment les émotions ?

IDE : C'est-à-dire ?

ESI : Par exemple, à quel moment ou dans quel contexte les émotions du patient en détresse psychique vont pouvoir s'exprimer ?

IDE : En général, la détresse psychique des patients... alors, j'essaie d'avoir des scènes dans ma tête, mais en général c'est lorsque on parle, lorsqu'ils parlent de leur pathologie et de ce qu'il subissent entre guillemets à cause de cette pathologie. C'est là où on voit vraiment une émotion au niveau du patient et qu'on voit vraiment la détresse psychique et la douleur qu'ils ont par rapport à certaines pathologies notamment comme je vous l'ai dit au préalable, j'ai fait beaucoup beaucoup de vacations

en oncologie et c'est vrai qu'en oncologie quand on leur parle de leur pathologie même lorsqu'ils parlent de leur famille du moins des choses qui leur tiennent à cœur, c'est là où on voit vraiment la détresse psychique du patient et la façon dont cette pathologie a un impact sur les émotions. C'est clairement à ce moment-là qu'on voit que derrière leur sourire, il y a quand même cette détresse psychique.

ESI : D'accord et au niveau de vos émotions à vous ?

IDE : Alors, je ne pourrai jamais dire qu'en tant qu'infirmier on doit être des robots car nous ne sommes pas des robots clairement, nous avons des émotions et nous avons aussi un vécu que ce soit personnel ou même professionnel. Personnellement, je parle vraiment à titre personnel, le fait d'avoir été en oncologie ou même d'autres services, c'est vrai que parfois on peut faire certains transferts à nos vies parce que derrière la blouse blanche, on reste aussi des humains et c'est vrai que parfois, oui on peut faire certains transferts, des transferts sur nos vies ou même par rapport à d'autres patients qui ont vécu la même chose et pour qui ça n'a pas forcément bien tourné si je peux me permettre du terme. C'est à ce moment-là que je me dis que ce n'est pas facile même en tant que soignant d'aider d'autres personnes parce ça nous touche quand on voit une personne qui souffre, qui a de fortes douleurs et qu'on n'arrive par exemple pas à le soulager, ce n'est pas facile. En tant que soignant à ce moment-là, on voit nos limites et c'est vrai que cela peut être quand même compliqué de voir une personne en souffrance et de ne pas pouvoir l'aider à apaiser sa souffrance.

ESI : Alors ensuite, comment se manifestent les émotions du patient en détresse psychique ?

IDE : Elles se manifestent verbalement mais aussi physiquement. Alors verbalement, avec des mots assez durs et assez directs pour certains. Elles se manifestent aussi avec des sous-entendus parce que parfois les patients ne vont pas vous dire de but en blanc que là ils sont dans un état dépressif par exemple. C'est pour cela que c'est important de connaître les dossiers des patients, c'est important de connaître aussi le patient pour pouvoir justement déceler les paroles non verbales en fait. Cela se manifeste aussi physiquement avec bien sûr des larmes, des changements d'attitudes, des changements de comportement et je tiens encore une fois à appuyer sur ce que j'ai dit au préalable, c'est important de connaître les dossiers des patients et d'apprendre à analyser le patient au-delà du dossier papier.

ESI : Au niveau de votre comportement à vous, comment se manifestent vos émotions ?

IDE : Moi personnellement, je suis une personne émotive, j'essaie de ne pas le montrer devant le patient parce que voilà si le patient craque et que je craque aussi, cela peut être un peu compliqué pour le suivi du patient. Après, c'est vrai que quand je sais que la prise en charge du patient est

beaucoup trop lourde pour moi, je vais extérioriser avec mes collègues, je vais en parler, je vais clairement dire que là émotionnellement, je n'arrive pas à prendre convenablement le patient en soin peut-être parce qu'il a un vécu qui me fait penser à ce que j'ai pu vivre aussi ou peut être que la prise en charge est trop compliqué ou peut être que le patient a peut-être du mal avec moi ce qui est possible même si cela n'est jamais arrivé, et qu'avec d'autres soignants c'est mieux. A ce moment-là, il faut passer la main quand on sent que nous même le vécu du patient commence à nous atteindre au point où cela a un impact sur notre prise en soin, il faut passer la main. C'est d'ailleurs pour cela que nous sommes une équipe pluridisciplinaire, nous sommes des êtres humains tous différents avec des caractères différents et parfois, ça peut passer avec X personne et pas forcément avec Y personne et même lorsqu'on sent qu'on commence à avoir une carence au niveau de la prise en charge, il ne faut pas s'obstiner non, il faut passer la main.

ESI : Alors, personnellement comment gérer vos émotions au travail ?

IDE : Alors au travail mes émotions, quand il faut pleurer je pleure clairement. Cela m'est déjà arrivé de pleurer, je crois que j'ai déjà pleuré 2 fois. Ce n'est pas mauvais de pleurer ni d'extérioriser. Je suis une personne qui extériorise beaucoup avec les collègues, je trouve que c'est une très très bonne thérapie et quand il y a besoin, qu'il y a eu des cas très lourd qui nous ont touché ou même plusieurs soignants, on peut demander à la psychologue de venir et en général, on fait un staff avec le médecin etc..

ESI : Pensez-vous mettre en place des mécanismes de défenses ?

IDE : Ah oui... le déni, l'évitement etc, alors... oui moi je pense que oui. Quand la situation est trop lourde pour moi psychologiquement, quand le patient est en détresse psychique car moi c'est surtout la détresse psychique car moi tout ce qui est la détresse dans le sens respiratoire, tout ce qui est physiologique entre guillemets, ce n'est pas ce que ça ne me fait ni chaud ni froid mais j'arrive à assumer. Une urgence par exemple, cela ne va pas me paniquer, je panique à l'intérieur mais je ne le montre pas. Par contre, un des mécanismes de défenses que j'utilise, c'est beaucoup l'humour même dans des situations les plus critiques je vais faire rire le patient et j'ai l'impression que cela me détend aussi de savoir qu'il rigole. Je ne sais pas c'est bizarre.... Après, il y a une autre chose que je fais mais je ne sais pas si c'est un mécanisme de défense, je ne pense pas, je suis énormément dans l'écoute active. Quand je ne sais pas quoi dire, que la situation me dépasse, comment alléger le patient, je préfère juste écouter, faire de l'écoute active car des fois il ne faut mieux rien dire que de parler pour rire,

ESI : Face à un patient en détresse psychique, quelles émotions vous traversent ?

IDE : Déjà, ça me peine, ça me peine énormément, ça me fait de la peine. Il y a beaucoup de compassion, j'ai beaucoup de compassion par rapport à ces patients là même si pour les autres également. J'ai également beaucoup d'empathie pour le patient.

ESI : D'accord et face à un patient en détresse psychique, comment arrivez-vous à mettre en place une distance relationnelle adaptée ?

IDE : Déjà tout dépend de la définition de la distance relationnelle adaptée. C'est propre à chacun. Pour moi, la distance relationnelle, c'est déjà faire preuve de respect et d'être dans l'empathie, rester professionnelle tout en étant à l'écoute des tourments du patient. On peut va pouvoir adapter la proxémie selon le besoin du patient ou de la situation. C'est un équilibre à trouver pour que ça ne nous impacte pas au niveau professionnel et personnel. Il n'est pas simple d'être juste au niveau de sa distance. Elle peut être juste pour nous mais pas pour le patient et inversement. C'est propre à chacun. On nous dit toujours « garder cette distance » mais quand on est sur le terrain c'est différent. Il faut être proche sans être trop proche non plus, il faut essayer de se protéger. J'essaie quand même d'être professionnelle et je tente de me rappeler que je suis ici pour soigner les patients.

Alors c'est vrai qu'avec un patient qui est en détresse psychique, je vais mettre une distance et ne pas en mettre aussi dans le sens où, une personne en détresse psychique a besoin d'un soutien psychique. Je pourrai lui apporter qu'une partie de ce soutien psychique parce que techniquement, certes nous sommes des soignants et donc nous aidons les patients mais c'est là qu'intervient le rôle pluridisciplinaire. Je vais demander à la psychologue de prendre ce relais car cette détresse psychique devra être approfondi avec une personne qui pourra vraiment être là pour cette détresse-là. Je mets un peu moins de distance relationnelle avec ces patients car justement ils ont besoin d'un peu plus de temps et de ma personne dans notre relation soignant-soigné.

ESI : Et lorsque vous sentez que vous n'êtes pas ou plus dans la juste distance relationnelle, comment vous vous y prenez ?

IDE : A ce moment-là, étant donné que nous sommes une équipe pluridisciplinaire, je demande aussi à la psychologue, qui est son domaine de compétence principal, qui est plus à même d'aider les patients en détresse psychique, de prendre le relais.

ESI : D'accord, il nous reste trois petites questions.

Est-ce que vos émotions peuvent influencer la mise en place de cette distance relationnelle ?

IDE : Oui car en fait, lorsqu'on est empathique envers une personne, lorsqu'on est face aux personnes qui ont ce genre de détresse, nous avons tendance à être encore plus présent pour la personne, à se donner encore plus, à prendre encore plus de mon temps.

ESI : Est-ce que le fait de prendre en soin un patient en détresse psychique influe sur la distance relationnelle ?

IDE : C'est différent car en soit les personnes qui sont en détresse psychique, nous avons tendance à prendre plus de notre temps avec ces personnes-là qu'avec des patients qui ne montre pas entre guillemets leur détresse psychique. Je pense que je cadre moins la relation et la juste distance relationnelle avec le patient en détresse psychique et que je repousse mes limites que je me fixais habituellement.

ESI : D'accord et quelles compétences émotionnelles l'IDE doit activer ou posséder pour l'aider à prendre en charge le patient en détresse psychique ?

IDE : Compliqué cette question... L'une des premières compétences, ce serait déjà la communication verbale et non verbale, très important. Il faut aussi savoir et connaître ses propres limites pour ne pas non plus empiéter sur notre prise en charge car le patient a aussi ses limites et il faut en fait savoir cadrer, il faut cadrer les relations pour que cela n'empiète pas sur notre vie personnelle également. Après cela est facile à dire mais difficile à faire car nous restons des êtres humains encore une fois comme je ne cesse de le dire depuis le début et le métier magnifique que nous faisons fait que nous sommes au pied du patient et c'est vrai que l'empathie est l'une des sources de notre métier donc c'est vrai que c'est un peu difficile de mettre certaines barrières lorsque nos patients en plus sont en détresse psychique. Il ne faut pas se surcharger avec la détresse psychique du patient car cela peut aussi nous impacter négativement sur la prise en charge des autres patients du coup. Nous pouvons par exemple les délaissé.

ESI : D'accord merci beaucoup, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

IDE : Ce que j'aimerais rajouter c'est que c'est un très bon sujet donc merci parce que du coup on se remets aussi en question en tant que soignant et ça c'est très important pour améliorer notre prise en soin des patients, donc je trouve que votre sujet est vraiment super intéressant. Ce que j'aimerais aussi rajouter, c'est qu'en tant que soignant, on dit souvent oui, on doit mettre de la distance entre le patient et soi parce qu'on ne doit pas prendre les problèmes de tous les patients mais nous restons des êtres humains et qu'on le veuille ou non, face à une situation on ne pourra pas toujours réussir mettre de la distance.

ESI : Merci beaucoup, l'entretien est terminé. Je vous remercie de m'avoir accordé du temps.  
Souhaitez-vous une copie de mon mémoire une fois qu'il sera terminé ?

IDE : Avec plaisir !

ESI : Je vais prendre votre mail alors !

**Annexe III :**  
**Retranscription entretien n°2**

ESI : Bonjour, je me présente je m'appelle Caroline je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur le développement des compétences émotionnelles par l'infirmière, je souhaitais m'entretenir avec vous. Dans un premier temps, acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

IDE : Pas de problème

ESI : Je tiens à vous informer que celui sera détruit après avoir été retranscrit et l'anonymat sera bien évidemment respecté lors de cette retranscription. Alors pour ma première question, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel de manière succincte ?

IDE : Alors, je suis infirmière depuis 23 ans, j'ai fait mes études à Paris à l'AP-HP. J'ai d'abord commencé à travailler dans le service de remplacement pendant 7 ans, donc j'ai fait pleins de services différents, médecine, gériatrie, chirurgie. Ensuite, j'ai fait 13 ans d'hématologie puis cela fait 4 ans et demi que je travaille en chirurgie gynécologique et plastique.

ESI : D'accord, après j'ai des questions sur le thème des émotions. Dans votre métier d'infirmière, comment s'exprime les émotions ?

IDE : Alors, le patient cela peut être des émotions par rapport à sa détresse physique ou psychique. Cela peut être de la colère, de l'incompréhension. Cela s'exprime plus au moins, il y en a qui vont pleurer d'autres ne plus parler et puis cela dépend de leur contexte socio-familiale, il y en a qui peuvent avoir de l'aide et d'autres pas.

ESI : Comment se manifeste les émotions du patient en détresse psychique, dans son comportement par exemple ?

IDE : Moi ce que j'ai remarqué le plus souvent, c'est le mutisme ou alors au niveau de son comportement, il va sonner pour tout et n'importe quoi, tous les 5 minutes, tout à coup il va dire j'ai chaud puis j'ai froid, et en fait derrière il y a autre chose mais le soignant ne le remarque pas forcément.

ESI : Ah oui d'accord.

IDE : Je l'ai remarqué plusieurs fois dans ma carrière et même dernièrement. C'est à toi de te poser et de t'asseoir et de dire oui je comprends votre demande mais il y a autre chose derrière quoi.

ESI : Au niveau de votre comportement, comment se manifeste vos émotions ?

IDE : Et bien cela m'est arrivé de ne plus avoir la capacité d'aider le patient et d'avoir trop d'émotions pour pouvoir l'aider et donc là soit tu passes le relais, tu te dis là je ne peux plus aider le patient, je suis en train de me faire du mal à moi aussi et donc tu passes le relais à une collègue. Cela m'est arrivé aussi de prendre sur moi, faire les soins auprès du patient car tu n'as pas le choix et une fois que tu as fait ce que tu avais à faire, tu te planques dans un placard et tu pleures, ça m'est arrivé. Après, il faut savoir qu'en tant que soignant, quand tu en arrives là, il faut soit parler soit passer le relais ou se dire qu'il faut que je change de service. Parfois, les émotions que tu vis au travail peuvent te ramener à ta vie personnelle et là des fois c'est difficile. Après quand tu es soignant, tu vas apprendre à trouver des ressources ailleurs pour oublier, pas pour oublier mais pour avoir des moyens de pallier ces émotions que tu ne peux pas refouler mais que tu puisses les gérer.

ESI : Cela rejoint mon autre question, comment gérer vos vos émotions au travail ?

IDE : Moi ce qui m'aide beaucoup, c'est que je fais beaucoup de sport et c'est ma façon d'extérioriser les émotions que tu as vécu dans la journée ou des choses que tu as trouvé difficile à vivre et puis après tu fais un travail sur toi-même pour ce que tu vives au travail, tu ne le ramènes pas chez toi et inversement mais parfois la situation peut être plus difficile et cela s'apprend avec le temps.

ESI : Avez-vous l'impression d'utiliser des mécanismes de défenses ?

IDE : Tu vas essayer parfois de te détacher du patient, tu vas être dans ton soin, tu vas faire les choses mécaniquement parfois et cela te permet d'éviter l'émotion.

ESI : Ensuite, comment se manifeste la détresse psychique chez un patient ?

IDE : Cela peut être un patient qui appelle beaucoup, un patient qui ne va pas te parler ou alors le patient qui va te dire que tout va toujours bien et non tout ne va pas forcément bien. C'est le patient qui ne va pas vouloir déranger et puis parfois, il y a un trop plein, il va craquer et c'est là que tu vas t'en apercevoir.

ESI : Ensuite, face à un patient en détresse psychique, quelles émotions vous traversent ?

IDE : Des fois, tu as l'impression d'être impuissant en fait. Moi je pense à une situation que j'ai vécu il n'y a pas longtemps, la patiente était une jeune femme avec un cancer et lorsque j'ai creusé, elle sonnait beaucoup, nous ne savions pas trop pourquoi, tout le monde disait « ah, elle est pénible parce qu'elle ne sait pas ce qu'elle veut », et après je leur ai dit « mais vous avez bien entendu qu'elle est venue se faire opérer, elle pensait avoir une alternative mais en fait, on lui a dit on ne peut plus rien pour vous, donc elle était sidérée. Je disais à certains collègues « non mais mettez-vous à sa place ». Après cette patiente-là, je me suis posée auprès d'elle et je me suis rendu compte qu'elle était seule

face à sa maladie, seule et que la seule chose à laquelle elle pensait, c'était pas à elle mais à ses enfants. J'ai essayé de trouver avec elle les personnes ressources qui pouvait l'aider et en fait je l'ai aidé un petit peu mais après c'est une patiente qui est venue chez nous sur le plan chirurgical et qui est ensuite partie sur le versant médical donc je ne sais pas après la prise en charge qu'elle a eu.

Je lui ai donné des pistes à cette personne mais j'ai été un petit peu bouleversée pendant plusieurs jours, ça faisait longtemps que ça ne m'était pas arrivé de me retrouver face à quelqu'un qui était dans une détresse psychologique et par rapport à son état de santé pour lesquels je n'avais pas beaucoup de solutions. J'essayais de lui trouver des solutions mais je me suis rendu compte qu'elle était vraiment seule face à une maladie qui allait lui être fatale quoi.

ESI : Et du coup, face à un patient en détresse psychique, comment arrivez-vous à mettre en place une distance relationnelle adaptée ?

IDE : La distance, moi je trouve, qu'elle reste la même, je mets la même distance pour me protéger moi mais par contre, tu vas plus te poser pour essayer de lui trouver des solutions parce que ce n'est pas les mêmes solutions qu'un problème physique où tu vas pouvoir plus facilement régler le problème. Je vais essayer de me mettre des barrières psychologiques pour que les émotions ne m'impacte pas personnellement et parce que tu es obligé d'en mettre mais face au patient, ces barrières peuvent bouger, ce n'est pas un cadre rigide, il se modifie en fonction du patient, de sa situation de soin et de la relation soignant-soigné. On aurait envie d'être proche d'eux mais c'est compliqué, on ne peut pas prendre sur notre dos les problèmes des autres car on en souffrirait.

La détresse psychique, il va falloir que tu trouves les personnes ressources et les personnes à qui tu vas pouvoir faire appel pour aussi aider cette personne sans toi te mettre en porte à faux non plus.

ESI : Pour ma question suivante, pour vous lorsque vous sentez que vous n'êtes pas ou plus dans la juste distance relationnelle, comment vous vous y prenez ?

IDE : Si tu n'es pas dans la juste distance, il faut que tu passes le relais. Ça m'est arrivée en fait, quand tu ne peux plus être dans la distance car ton histoire personnelle vis-à-vis du patient chevauche la tienne et que à tu ne peux plus mettre de distance, la seule chose à faire c'est de passer le relais et lorsque tu ne peux pas, tu gères comment tu peux mais souvent tu le caches en fait. La solution pour moi c'est vraiment de passer la main à quelqu'un, à un collègue, à un confrère ou même faire appel à un psychologue en disant « moi je ne peux plus ». Cela nous arrive régulièrement où certaines prises en charge ou quelqu'un qui est chronique, au bout d'un moment, tu ne peux plus car la personne tu la connais tellement bien c'est compliqué à gérer pour nous, tu ne peux plus l'aider et toi ça t'impacte dans ton travail ou même sur toi, il faut passer le relais. C'est comme dans ton secteur de soin, tu peux

avoir quelqu'un de ton entourage, c'est pareil, ce n'est pas possible de gérer ça, il faut passer le relais à quelqu'un même si ça te fait changer de secteur, tant pis on le fait. On sait que c'est trop dur à gérer sur le plan des émotions personnel. Moi j'ai eu une dame aussi que je connaissais très bien qui était en soin mais c'est pareil j'avais dit aux collègues « je ne m'occupe pas d'elle, il faut que je change de secteur parce que je ne peux pas m'occuper d'elle, je la connais trop bien ». C'est difficile de faire la part des choses quand tu soignes quelqu'un que tu connais et mettre une part de distance.

ESI : Il me reste quelques questions notamment sur l'impact des émotions sur la distance relationnelle, est-ce que vos émotions peuvent influencer la distance relationnelle avec le patient ?

IDE : Pas forcément, le fait d'être impuissant, t'as les connaissances tu connais le devenir du patient et le fait d'être impuissant face à sa situation mais tu vas pas forcément mettre de la distance mais tu vas essayer de trouver des solutions pour l'aider au minimum, au mieux que tu peux, c'est ça notre objectif mais tu ne vas pas forcément mettre plus de distance. Là, où ça m'est arrivée de mettre de la distance c'était lorsque mes émotions étaient trop fortes vis-à-vis du patient et que cela avait un impact sur moi et sur sa prise en charge, que je ne pouvais plus l'aider, que je n'étais plus aidante, là oui il faut mettre de la distance. Là tu mets de la distance et souvent il faut passer le relais, il n'y a pas d'autres solutions parce que tu ne peux plus aider le patient. Si tu es trop attachée au patient, tu ne peux plus faire ton travail de soignant comme il faut, en tout cas moi c'est ce que j'ai ressenti.

ESI : Selon vous, est-ce que le fait de prendre en soin un patient en détresse psychique influe sur la distance relationnelle mise en place par l'infirmière ?

IDE : Alors bonne question.. Je pense que cela peut être influencé mais pas forcément de manière volontaire. Le patient peut nous ramener ou nous confronter à quelque chose qui nous est dur à entendre ou à comprendre soit par son langage verbal, des mots, des cris mais aussi non verbal et plutôt physique, des pleurs, des scarifications même. Involontairement et naturellement, cela peut amener à baisser certaines limites car on veut apporter notre soutien et de l'aide mais si on se montre trop détacher ou impliqué que partiellement, la patiente ne se sentira peut être pas à l'aise pour se confier que si on se montrait plus proche d'elle. Je pense que c'est quelque chose de naturel que de spontanément baisser notre garde si je puis dire, quand on voit une personne en souffrance même si évidemment cela peut avoir un grand impact pour nous. Là est tout l'enjeu et l'équilibre de trouver une distance qui convient au patient pour se confier et se sentir à l'aise et à la fois de trouver une distance qui nous correspond et qui ne nous atteindra pas personnellement.

ESI : Pour ma dernière question, quelles compétences émotionnelles l'IDE doit activer (posséder) pour l'aider à prendre en soin un patient en détresse psychique ?

IDE : Je dirai, une connaissance de ses propres limites au niveau relationnel avec le patient. Ensuite, faire preuve d'écoute et avoir de l'empathie, ne pas juger le patient et ses choix, l'accompagner lui et ses proches. Pour moi, c'est grâce aux compétences émotionnelles qu'on prend bien soin d'une personne et qu'il faut continuer de tenter de les développer pour être constamment dans la recherche de l'amélioration de la prise en soin du patient.

ESI : D'accord merci beaucoup, avez-vous quelque chose à ajouter ?

IDE : C'est compliqué hein les émotions et là on pense à l'émotion de l'empathie mais tu peux aussi avoir la colère, le patient qui t'exaspère, là c'est pareil, il faut que tu mettes de la distance parce que tu ne vas pas être un bon soignant. C'est la même chose pour la colère en fait, quelqu'un qui te parle mal, ça m'est arrivé aussi. Un patient qui te parle mal, qui n'a pas de respect pour toi, j'ai soigné des détenus ou alors tu fais carrément la part des choses, tu te dis c'est son état psychique qui fait qu'il est comme ça, ça peut être en psychiatrie quelqu'un qui est agressif ou une personne âgée Alzheimer, ça peut être ça aussi, là tu fais une part des choses par rapport à la pathologie. Tu te bien « bon tant pis », si tu sais que c'est en lien avec la pathologie tu fais abstraction du verbal ce que ça peut être le verbal qui t'agresse donc là, tu te fais une carapace et donc là c'est un autre mode de fonctionnement.

ESI : C'est très intéressant ! Merci beaucoup pour cet échange, l'entretien est terminé. Je vous remercie de m'avoir accordé du temps. Souhaitez-vous une copie de mon mémoire une fois qu'il sera terminé ?

IDE : Pourquoi pas oui !

ESI : D'accord, j'ai votre mail !

**Annexe IV :**  
**Retranscription entretien n°3**

ESI : Bonjour, je me présente je m'appelle Caroline je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur le développement des compétences émotionnelles par l'infirmière, je souhaitais m'entretenir avec vous. Dans un premier temps, acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

IDE : Bien sûr !

ESI : Je tiens à vous informer que celui sera détruit après avoir été retranscrit et l'anonymat sera bien évidemment respecté lors de cette retranscription. Alors pour ma première question, pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel de manière succincte ?

IDE : Je suis diplômée de juillet 2021, j'ai commencé en onco-hémato pédiatrique mais cela ne me plaisait pas du tout, moi mon truc ce sont vraiment les adultes ou les personnes âgées. Je me suis retrouvée sur un remplacement en chirurgie gynécologique de jour et ensuite je suis passée de nuit. Lors de la restructuration d'il y a quelques mois de ce service, il y a eu une place qui s'est libérée en médecine interne de nuit et donc j'ai voulu découvrir autre chose.

ESI : D'accord, alors ma première question : Dans votre métier d'infirmière, comment s'expriment les émotions ?

IDE : Compliqué.. Alors moi de ce que j'ai pu voir et en comparant jour et nuit, les émotions des patients ressortent surtout la nuit, toutes les angoisses de la nuit en fait qui commencent à sortir lors de notre premier tour de 22h. Ça va être beaucoup de stress, manque de la famille pour certains surtout quand il y a des enfants. Alors souvent ça va être par des pleurs, beaucoup de larmes, de l'angoisse mais qui est visible par ce qu'elles disent en fait, les mots qu'elles utilisent, la façon dont elles réagissent en fonction de nous. Sinon par exemple, elles vont nous dire qu'elles ne se sentent pas très bien, qu'elles sont stressées donc elles vont avoir tendance à demander du contact pour s'apaiser

ESI : D'accord et au niveau de vos émotions à vous ?

IDE : Moi je sais que je n'ai pas tendance à pleurer devant les patients, souvent l'échappatoire c'est la voiture, j'ai 20 min de voiture donc je pleure pendant 20 minutes, je crie, je chante fort avec la musique à fond pour essayer de tout sortir avant d'arriver à la maison et pas les ramener à la maison parce que sinon c'est la catastrophe. Sinon, ça m'est déjà arrivé, alors pas quand j'étais diplômée mais pendant un stage, de m'isoler dans une chambre vide pour être seule et tenter de gérer mes émotions et ne pas les laisser transparaître devant les patients.

ESI : Alors comment se manifeste les émotions du patient en détresse psychique, dans son comportement par exemple ?

IDE : Souvent elles pleurent, surtout en chirurgie gynécologique je trouve qu'elles pleuraient beaucoup, après cela peut être des sonnettes intempestives moi j'ai remarqué ça, elles sonnent beaucoup beaucoup pour avoir de la présence, pour qu'il y ait quelqu'un et puis au bout d'un moment quand elles appellent pour n'importe quoi et qu'on leur dit mais il y a quelque chose qui ne va pas, là elles vont se lâcher mais des fois au bout de 5/6 sonnettes.

ESI : Alors au niveau de votre comportement, comment se manifeste vos émotions ?

IDE : On peut ressentir de la colère lorsqu'un patient est désagréable par exemple donc ça va se manifester par des sourcils froncés et puis on va mettre plus de distance physique entre nous et le patient je trouve. De la tristesse aussi, de la joie heureusement et puis on peut aussi ressentir de la peur, peur de mal faire un soin, de provoquer de la douleur, si le patient est agressif..

ESI : Et personnellement, comment gérez-vous vos émotions ?

IDE : Alors ce n'est pas quelque chose de facile. J'essaye de me dire que la personne qui est en face de moi, ce n'est pas quelqu'un de ma famille ou que je connais. Cela m'aide parce que je me dis que je suis là pour l'accompagner et non pas ressentir ses émotions à sa place. Je vais avoir aussi tendance pour essayer de la détourner de sa tristesse et que ça ne dure pas trop longtemps, je vais utiliser l'humour comme mécanisme de défense pour ne pas moi y penser à cette souffrance ou alors parfois leur permettre d'écouter de la musique, ça marche bien. Également, leur dire des choses toutes bêtes comme essayer de vous calmer et je reviens dans une demi-heure et puis si dans une demi-heure ça ne va pas et que vous voulez en parler, on en parle.

ESI : Alors ensuite on passe sur les questions sur la juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique, selon vous, comment se manifeste la détresse psychique chez un patient ?

IDE : Ca va souvent être par des tendances suicidaires comme la dame qu'on avait eu en gynécologie, qu'est ce que ça peut être..., des pleurs ou la dame qui le dit tout simplement d'elle-même en disant « ben là ça ne va pas, j'ai juste envie d'en finir » en même temps, en gynécologie, quand elles ont tout leur cancer, on le voit bien que c'est compliqué...

ESI : Face à un patient en détresse psychique, quelles émotions vous traversent ?

IDE : De la tristesse et un sentiment de culpabilité de ne pas avoir su voir avant que ça n'allait pas avant que ça pète en fait. Quand tu découvres qu'elles sont en détresse psychique, tu te dis ah mince pourquoi je ne l'ai pas vu avant et pourquoi on n'a pas évité que ça arrive. Sinon, ça rajoute un peu de

poids à la journée, ça rajoute un peu plus de stress de se dire qu'il y a ça à gérer en plus et qu'il faut bien le gérer car il est hors de question que la personne, elle soit mal pendant des heures. Forcément, de la tristesse comme je disais d'avoir une personne dans un état comme ça, quand elle pleure, c'est un peu compliqué à gérer nous-mêmes, on se sent en détresse de ne pas savoir comment l'aider. Cela nous renvoie également à nos limites en tant que soignant. Des fois, on aimerait les aider encore plus mais on se rend bien compte qu'on ne peut pas tout arranger, qu'on est impuissant face à certaines situations.

ESI : Ensuite, face à un patient en détresse psychique, comment arrivez-vous à mettre en place une distance relationnelle adaptée ?

IDE : Alors... Est-ce que je dois répondre directement à la réponse ou vous voulez que j'explique ce qu'est pour moi une distance relationnelle ?

ESI : Allez y ! Cela sera intéressant d'avoir votre point de vue sur la définition de cette distance :

IDE : Pour moi déjà, la distance relationnelle est quelque chose de personnel, elle sera différente en fonction du soignant et même du patient. Elle va servir à se protéger en tant que soignant pour ne pas être trop proche du patient ni attristé par rapport à ce qu'il pourrait se passer pour lui mais il faudra que cette distance ne soit pas trop impersonnelle pour pouvoir accompagner le patient au mieux. On a le droit de ressentir des émotions pour le patient mais il ne faut pas que cela nous nuise, nous atteigne personnellement.

Et donc ensuite, franchement c'est compliqué. Tu n'as pas le choix de mettre une distance car si tu ne le fais pas, tu t'effondres. Je sais que j'ai eu beaucoup de mal à le faire au début de ma formation, c'est encore compliqué. Il faut essayer de partir du principe que ce ne sont pas tes amis, des gens de ta famille, que tu connais et que tu es là pour l'accompagner, l'accompagner du mieux que tu peux. Après voilà, face à un patient en détresse psychique bien sur cela dépend du patient aussi et de l'entente de base que tu as avec lui, tu t'adaptes mais lorsqu'on les sent en détresse, c'est sur qu'inconsciemment on essaye de rendre la relation plus chaleureuse mais bien sur on s'expose au fait que ça nous impacte. Sur le moment, on ne va pas forcément s'en rendre compte car on ne se pose pas pour y réfléchir, on est dans l'action, les choses se font naturellement et c'est souvent quand cela commence à nous impacter et qu'il est un peu tard, qu'on s'en rend compte.

Après, il ne faut pas qu'il y ait trop de distance non plus au risque que le patient se sente rejeter, qu'il ne nous fasse pas confiance et que cela nuise à la relation.

ESI : Et justement lorsque vous sentez que vous n'êtes pas ou plus dans la juste distance relationnelle, comment vous y prenez ?

IDE : Alors si c'est trop compliqué et cela peut l'être pour pleins de raisons, tu connais le patient, il te rappelle un souvenir personnel...Et bien si je peux passer le relais, je passe le relais. Après quand ce n'est pas possible, ce n'est pas possible et dans ce cas-là, je sais que j'ai tendance à éviter d'aller trop dans la chambre. Si par exemple, il y a des choses qui peuvent être faites par l'aide-soignante, je lui demande, je dis clairement « c'est trop compliqué pour moi, je n'y arrive pas » et je fais des actes aides-soignantes pour l'aider. Sinon, si j'ai plusieurs soins, j'essaie de les regrouper mais j'essaie de moins me confronter à la personne qui me touche. Il faut savoir passer le relais.

ESI : Alors on arrive sur les trois dernières questions sur l'impact des émotions sur la distance relationnelle : Est-ce que tes émotions peuvent influencer la distance relationnelle avec le patient ?

IDE : Oui forcément. Des fois, s'il y a un patient qui va être désagréable, on va mettre plus de distance. Si c'est un patient qui va te rappeler quelqu'un que tu connais ou si doit prendre en soin quelqu'un que tu connais, t'as également envie de passer la main et de ne pas trop t'en occuper puisque ça va être compliqué selon moi de prendre en soin ce patient. Si par exemple, on va être triste par rapport à une situation ou à un patient, on va tendance à aller plus la voir, être sûre que ça va, que la personne est confortable, passez un petit coup d'œil et aller vérifier.

ESI : Est-ce que le fait de prendre en soin un patient en détresse psychique influe sur la distance relationnelle mise en place par l'infirmière ?

IDE : C'est vrai que le fait de savoir que le patient est en souffrance, on a tendance à baisser nos barrières même si parfois on le connaît que des transmissions que les collègues nous ont faites. On se dit qu'il est déjà en souffrance alors s'il se sent dans un milieu pas agréable, hostile, pas propice à se confier, cela ne va pas l'aider. Avec notre volonté de l'aider, ce n'est pas toujours facile de garder cette juste distance qui est propre à chaque soignant.

ESI : Pour ma dernière question, quelles compétences émotionnelles l'IDE doit posséder pour l'aider à prendre en soin un patient en détresse psychique ?

IDE : Déjà de l'empathie parce que si tu n'en a pas, je ne vois pas comment tu vas pouvoir aider quelqu'un qui est mal et que tu n'es pas capable de l'apprécier un minimum. Après, c'est par exemple avoir la capacité de l'accompagner, d'être une personne aidante ou ressource. Par exemple, en gynécologique, j'ai eu une patiente de 18 ans qui était enceinte et était là pour des vomissements gravidiques. Elle devait réaliser une IVG le lendemain. Je suis rentrée dans la chambre et elle pleurait, j'ai cherché la cause et elle m'a dit « je crois en fait que ce bébé, je veux le garder ». C'est ce côté-là

qui je trouve est important, c'est que comme on est des femmes, on comprend mieux ce qu'il se passe dans leur cerveau, ce qu'elles ressentent et du coup il faut savoir faire la part des choses, savoir expliquer les choses de manière neutre tout en te montrant présent et aidant tout en lui leur laissant le choix en lui montrant toutes les options que le patient a pour qu'il puisse faire leur choix de la manière la plus éclairer possible. Et pour finir, je pense qu'il est important en tant que soignant de connaître nos limites, quand on se sent plus capable de prendre en soin le patient, savoir aussi reconnaître nos émotions car c'est grâce à ça selon moi, qu'on est capable de reconnaître que le patient en ait également et de mieux les prendre en compte dans la prise en soin. Les compétences émotionnelles grâce à la connaissance de nos limites pourra également nous permettre de connaître les situations qui pourraient potentiellement nous toucher et éviter que cela arrive.

ESI : Merci beaucoup pour vos réponses, l'entretien est terminé. Je vous remercie de m'avoir accordé du temps. Voulez-vous une copie de mon mémoire une fois qu'il sera terminé ?

IDE : Carrément !

**Annexe V :**

**Le tableau d'analyse des entretiens infirmiers**

*Code couleur : IDE n°1 / IDE n°2 / IDE n°3*

❖ **Objectif d'analyse : Identifier la façon dont s'exprime et se manifestent les émotions du patient**

Propre à chacun	Temporalité	Manifestations verbales	Manifestations physiques
Personnel	Sujet abordé	Mots	Pleurs
<p>Cela dépend de leur contexte socio-familiale</p> <p>Cela s'exprime plus ou moins</p> <p>Il y en a qui peuvent avoir de l'aide, d'autres non</p>	<p>Lorsqu'ils parlent de leur pathologie</p> <p>De ce qu'ils subissent</p> <p>Lorsqu'ils parlent de leur famille</p> <p>Des choses qui leur tiennent à cœur</p> <p>Quand on leur parle de leur pathologie</p> <p>Quand on leur dit mais il y a quelque chose qui ne va pas, là elles vont se lâcher</p>	<p>des mots assez durs</p> <p>assez directs pour certains</p> <p>sous-entendus</p> <p>des mots</p> <p>visibles par ce qu'elles disent</p> <p>les mots qu'elles utilisent</p> <p>vont nous dire qu'elles ne se sentent pas très bien</p> <p>vont avoir tendance à demander du contact pour s'apaiser</p> <p>cris</p>	<p>Larmes</p> <p>pleurer</p> <p>il va craquer</p> <p>pleurs</p> <p>des pleurs</p> <p>des pleurs</p> <p>souvent elles pleurent</p> <p>beaucoup de larmes</p> <p>elles pleuraient beaucoup</p>

		un patient qui ne va pas te parler ne plus parler	
<b>3</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>9</b>
	<b>Comportement</b>		
	Il va sonner pour tout et n'importe quoi un patient qui appelle beaucoup Sonnettes intempestives Elles sonnent beaucoup beaucoup Des scarifications Beaucoup de stress		
	<b>4</b>		
	<b>Temps</b>		
	Ressortent surtout la nuit Toutes les angoisses de la nuit		
	<b>2</b>		

- ❖ Objectif d'analyse : Identifier les émotions pouvant se manifester chez les infirmières lorsqu'elles sont confrontées à des patients en détresse psychique (et comment elles se manifestent)

Emotions	Temporalité des émotions	Ressentis des soignantes
<b>Tristesse</b>	<b>Par rapport au patient</b>	<b>Difficultés de ressentir des émotions</b>
<p>Ça me peine</p> <p>Ça me peine énormément</p> <p>Ça me fait de la peine</p> <p>Tristesse</p> <p>Tristesse</p> <p>De la tristesse</p>	<p>Quand on voit une personne qui souffre</p> <p>Qui a de fortes douleurs</p> <p>Retrouver face à quelqu'un qui était en dans une détresse psychologique</p> <p>Par rapport à son état de santé</p> <p>Quand elle pleur<sup>2</sup>e</p>	<p>Ce n'est pas facile même en tant que soignant d'aider d'autres personnes</p> <p>Ce n'est pas facile</p> <p>Complicé de voir une personne en souffrance</p> <p>Complicé de ne pas pouvoir l'aider à apaiser sa souffrance</p> <p>Cela peut être un peu compliqué</p> <p>C'est compliqué hein les émotions</p> <p>C'est un peu compliqué à gérer nous-mêmes</p>
<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
<b>Compassion</b>	<b>Par rapport à soi-même</b>	<b>S'autorisent à montrer leur émotions</b>
<p>Beaucoup de compassion</p> <p>J'ai beaucoup de compassion (x2)</p>	<p>Qu'on n'arrive par exemple pas à le soulager</p> <p>Parce que ça nous touche</p> <p>Quand je sais que la prise en charge est beaucoup trop lourde pour moi</p>	<p>Ce n'est pas mauvais de pleurer ni d'extérioriser</p> <p>Quand il faut pleurer, je pleure clairement</p> <p>Nous avons des émotions</p>

	<p>Pour lesquels je n'avais pas beaucoup de solutions</p> <p>De ne pas avoir su voir avant que ça n'allait pas</p> <p>Quand tu découvres qu'elles sont en détresse psychique</p>	<p>Nous ne sommes pas des robots clairement</p> <p>On reste aussi des humains</p> <p>Mais nous restons des êtres humains</p> <p>On voit nos limites</p> <p>Renvoie également à nos limites</p> <p>Cela nous renvoie à nos limites en tant que soignant</p>
<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Impuissance</b>	<b>Emotions négatives</b>	
<p>Impression d'être impuissant</p> <p>On se sent en détresse</p> <p>On est impuissant</p> <p>De ne pas savoir comment l'aider</p> <p>On est impuissant</p> <p>On ne peut pas tout arranger</p>	<p>Le patient qui t'exaspère</p> <p>Quelqu'un qui te parle mal</p> <p>Qui te parle mal</p> <p>Qui n'a pas de respect pour toi</p> <p>Quelqu'un qui est agressif</p> <p>Lorsqu'un patient est désagréable</p> <p>Si le patient est agressif</p>	

<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Colère</b>		
La colère On peut ressentir de la colère Sourcils froncés		
<b>3</b>		

❖ Objectif d'analyse : Mettre en évidence les manières dont les infirmières gèrent leur émotions

Equipe comme ressource et support	Quand fait-on appel à l'équipe ?	Ressources personnelles
C'est pour cela que nous sommes une équipe pluridisciplinaire Equipe pluridisciplinaire extérioriser avec mes collègues	situation est trop lourde pour moi psychiquement vécu du patient commence à nous atteindre D'avoir trop d'émotions pour pouvoir l'aider Je suis en train de me faire du mal à moi-même De ne plus avoir la capacité d'aider le patient	Je vais en parler Il faut soit parler Il faut soit parler
<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Passer la main</b>		<b>Stratégies utilisées pour pallier aux émotions</b>
Il faut passer la main (x3) Prendre le relais		Tu te planques dans un placard et tu pleures L'échappatoire c'est la voiture

<p>Tu passes le relais</p> <p>Tu passes le relais à une collègue</p> <p>Soit passer le relais</p> <p>Si je peux passer le relais, je passe le relais</p>		<p>Je pleure pendant 20 minutes, je crie, je chante fort</p> <p>M'isoler dans une chambre vide</p>
<p>8</p>		<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;"><b>Mécanismes de défenses</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Comportements de mise à distance</b></p> <p>Tu te fais une carapace</p> <p>Prendre sur moi</p> <p>J'essaye de me dire que la personne qui est en face de moi, ce n'est pas quelqu'un de ma famille</p> <p>Je me dis que je suis là pour l'accompagner</p> <p>Et non pas ressentir ses émotions à sa place</p> <p>Tu vas apprendre à trouver des ressources ailleurs</p> <p>Humour</p> <p>Je vais faire rire le patient</p> <p>Humour</p> <p>Essayer parfois de te détacher du patient</p> <p>Tu vas être uniquement dans ton soin</p> <p>Tu vas faire les choses mécaniquement parfois</p>

		5
	1	Je fais beaucoup de sport
		1

But recherché	Ressentis des soignantes
<p>Ce que tu vives au travail, tu ne le ramène pas chez toi et inversement</p> <p>Avoir des moyens de pallier à ces émotions</p> <p>Pour essayer de tout sortir avant d'arriver à la maison</p> <p>Pas les ramener à la maison sinon c'est la catastrophe</p>	<p>Ce n'est pas quelque chose de facile</p> <p>La situation peut être plus difficile</p> <p>Là des fois c'est difficile</p>
2	3
J'ai l'impression que cela me détend	Cela s'apprend avec le temps
1	1
<p>J'essaye de ne pas le montrer devant le patient</p> <p>Ne pas les laisser transparaître devant les patients</p>	
2	

❖ Objectif d'analyse : Connaître l'impact de prendre en soin un patient en détresse psychique sur la mise en place de la distance relationnelle

Distance relationnelle	Mise en place de la juste distance	La différence entre un patient lambda et un patient en détresse psychique	Difficultés
Définition	Choix	Similitude	A mettre en place cette juste distance
<p>faire preuve de respect et d'être dans l'empathie, rester professionnelle tout en étant à l'écoute des tourments du patient.</p> <p>quelque chose de personnel, elle sera différente en fonction du soignant et même du patient.</p> <p>servir à se protéger en tant que soignant</p> <p>ne pas être trop proche du patient</p> <p>ni attristé</p> <p>ne soit pas trop impersonnelle pour pouvoir accompagner le patient au mieux.</p>	<p>Tu n'as pas le choix de mettre une distance</p> <p>parce que tu es obligé d'en mettre</p>	<p>Moi je trouve qu'elle reste le même</p> <p>Je mets la même distance pour me protéger moi</p>	<p>C'est compliqué</p> <p>C'est plus facile à dire qu'à faire</p> <p>n'est pas simple d'être juste au niveau de sa distance.</p> <p>mais quand on est sur le terrain c'est différent.</p>

<p>droit de ressentir des émotions pour le patient mais il ne faut pas que cela nous nuise, nous atteigne personnellement</p>			
	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	<b>Protection</b>	<b>Différence</b>	<b>Pour la soignante</b>
	<p>Je mets la même distance pour me protéger moi ça reste important de se protéger au maximum.</p>	<p>Je mets un peu moins de distance relationnelle avec ces patients Ils ont besoin d'un peu plus de temps Besoin d'un peu plus de temps et de ma personne Par contre, tu vas plus te poser Ce n'est pas les mêmes solutions qu'un problème physique où tu vas pouvoir plus facilement régler le problème Inconsciemment on essaye de rendre la relation plus chaleureuse</p>	<p>On aurait envie d'être proche d'eux On ne peut pas prendre sur notre dos les problèmes des autres car on en souffrirait on s'expose au fait que ça nous impacte Si tu ne le fais pas tu t'effondres C'est plus facile à dire qu'à faire Bien sur on s'expose au fait que ça nous impacte ça peut nous impacter professionnellement mais aussi personnellement</p>
	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
		<b>Le naturel des choses</b>	

			<p>On ne va pas forcément s'en rendre compte</p> <p>On ne se pose pas pour y réfléchir, on est dans l'action, les choses se font naturellement</p> <p>C'est souvent quand cela commence à nous impacter et qu'il est un peu tard, qu'on s'en rend compte</p>
			<b>3</b>
	<b>Ajustement permanent</b>		<b>Pour le patient et la relation</b>
	<p>va pouvoir adapter proxémie selon le besoin du patient</p> <p>un équilibre à trouver</p> <p>Je vais mettre une distance et ne pas en mettre une aussi</p> <p>ces barrières peuvent bouger</p> <p>pas un cadre rigide, il se modifie en fonction du patient, de sa situation de soin et de la relation soignant-soigné.</p> <p>cela dépend du patient aussi et de l'entente de base que tu as avec lui</p>		<p>peut être juste pour nous mais pas pour le patient et inversement.</p> <p>au risque que le patient se sente rejeter</p> <p>ne nous fasse pas confiance et que cela nuise à la relation soignant-soigné</p>

	tu t'adaptes		
	8		3
	Moyens d'y parvenir		
	Il faut essayer de partir du principe que ce ne sont pas tes amis, des gens de ta famille Tu es là pour l'accompagner L'accompagner du mieux que tu peux Je vais essayer de me mettre des barrières psychologiques J'essaie quand même d'être professionnelle, et je tente de me rappeler que je suis ici pour soigner les patients.		
	5		

❖ Objectif d'analyse : Identifier ce que l'infirmière fera si la juste distance relationnelle n'est plus instaurée

Axes d'ajustement	Causes	Conséquence difficultés
Par soi-même	Connaissance du patient pris en soin	Être proche sans trop l'être
lorsque tu ne peux pas, tu gères comme tu peux mais souvent tu le caches en fait.	avoir quelqu'un de ton entourage, ce n'est pas possible de gérer ça	Il faut être proche sans être trop proche non plus.

<p>il faut que je <b>change de secteur</b></p> <p>j'ai tendance à <b>éviter d'aller trop dans la chambre.</b></p> <p>si j'ai plusieurs soins, j'essaye <b>de les regrouper</b></p> <p>j'essaye de <b>moins me confronter à la personne</b></p>	<p>je <b>la connais trop bien</b></p> <p><b>difficile de faire la part des choses</b> quand tu <b>soignes quelqu'un que tu connais</b> et mettre une part de distance</p> <p>quelqu'un qui est <b>chronique [...] tu la connais tellement bien</b>, c'est compliqué à gérer pour nous</p> <p><b>tu connais le patient</b></p>	<p><b>Il ne faut pas qu'il y ait trop de distance non plus</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>6</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>2</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Ressources extérieurs</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>A propos de soi</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Impact de cette lacune</b></p>
<p><b>Je demande donc à la psychologue</b></p> <p>il faut que tu <b>passes le relais</b></p> <p>la seule chose à faire c'est de <b>passer le relais</b></p> <p>la solution pour moi c'est vraiment de <b>passer la main à quelqu'un</b></p> <p>même <b>faire appel à un psychologue</b></p> <p>il faut <b>passer le relais</b></p> <p>si je peux <b>passer le relais, je passe le relais</b></p> <p>il y a des choses qui peuvent être <b>faite par l'aide-soignante, je lui demande</b></p> <p>il faut savoir <b>passer le relais</b></p>	<p>car ton <b>histoire personnelle vis-à-vis du patient</b> chevauche la tienne</p> <p>il te <b>rappelle un souvenir personnel...</b></p> <p>quand on est <b>sur le terrain c'est différent</b></p>	<p>toi ça <b>t'impacte dans ton travail</b> ou même sur toi <b>trop dur à gérer sur le plan des émotions personnel</b></p> <p><b>difficile de faire la part des choses</b></p> <p>cela peut aussi <b>nous impacter négativement</b> sur <b>la prise en charge avec d'autres patients</b> du coup.</p> <p>Nous pouvons par exemple <b>les délaisser.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>10</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>3</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>6</b></p>

- ❖ **Objectif d'analyse : Identifier si le fait de prendre en soin une personne en détresse psychique influe sur la distance relationnelle mise en place par l'IDE**

Impact de la détresse psychique sur la juste distance relationnelle	
Influence selon les infirmières	Pensée des soignantes
	Impact involontaire
<p>Nous avons tendance à prendre plus de notre temps avec ces personnes là</p> <p>Je pense que je cadre moins la relation</p> <p>Je repousse mes limites que je me fixais habituellement</p> <p>je pense que cela peut être influencé</p> <p>amener à baisser certaines limites</p> <p>on a tendance à baisser nos barrières</p>	<p>pas forcément de manière volontaire</p> <p>involontairement et naturellement</p> <p>quelque chose de naturel que de spontanément baisser notre garde</p>
<b>6</b>	<b>5</b>
	Pourquoi cela nous impacte ?
	<p>on veut apporter notre soutien et de l'aide</p> <p>si on se montre trop détacher ou impliqué que partiellement, la patiente ne se sentira peut être pas à l'aise pour se confier que si on se montrait plus proche d'elle</p> <p>trouver une distance qui convient au patient pour se confier et se sentir à l'aise</p> <p>on se dit qu'il est déjà en souffrance</p> <p>s'il se sent dans un milieu pas agréable, hostile, pas propice à se confier, cela ne va pas l'aider</p>

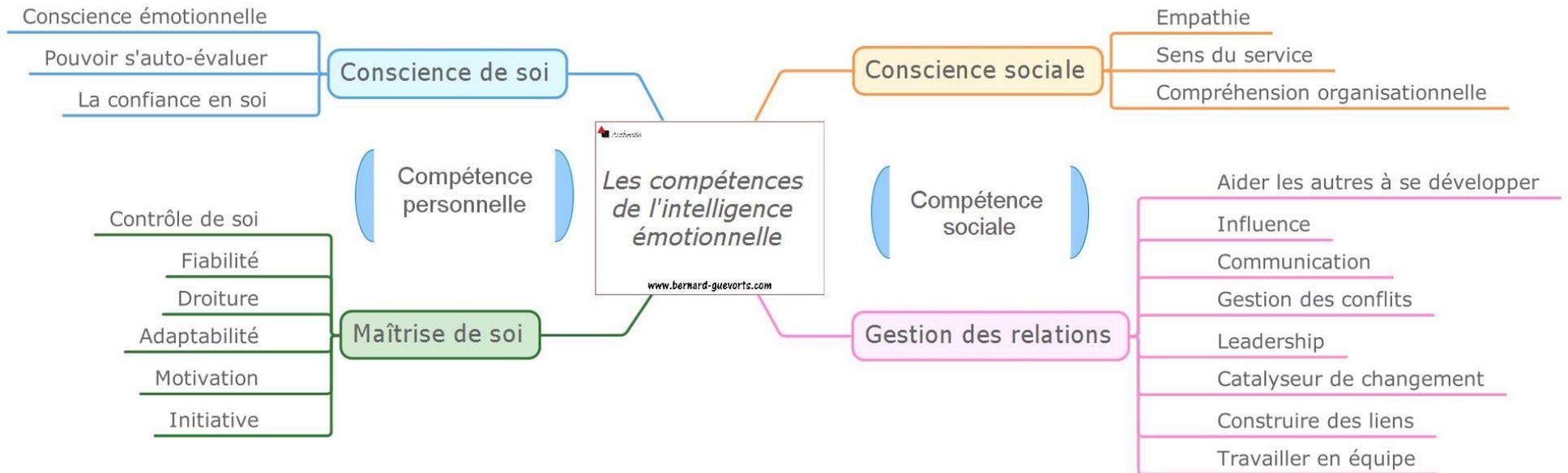
	<b>9</b>
	<b>Difficultés</b>
	<p>ce n'est pas facile de garder cette juste distance qui est propre à chaque soignant</p> <p>évidemment cela peut avoir un grand impact sur nous</p> <p>là est tout l'enjeu et l'équilibre</p> <p>distance qui nous correspond et qui ne nous atteindra pas personnellement</p>
	<b>4</b>

❖ Objectif d'analyse : Connaître les compétences émotionnelles que trouvent utile les infirmières d'activer face à un patient en détresse psychique

Compétences émotionnelles à posséder		
Valeurs soignantes	Se connaître soi même	Ce que cela nous apporte dans notre profession
<b>Empathie</b>	<b>Limites personnelles</b>	<b>Amélioration de la prise en soin</b>
<p>Empathie</p> <p>avoir de l'empathie</p> <p>avoir de l'empathie</p>	<p>savoir et connaître ses propres limites</p> <p>une connaissance de ses propres limites</p> <p>il est important en tant que soignant de</p> <p>connaître nos limites</p> <p>la connaissance de nos limites</p>	<p>ne pas empiéter sur notre prise en charge</p> <p>c'est grâce aux compétences émotionnelles</p> <p>qu'on prend bien soin d'une personne</p> <p>il faut continuer de tenter de les développer pour</p> <p>être constamment dans la recherche de</p> <p>l'amélioration de la prise en soin du patient</p> <p>reconnaitre que le patient en ait également et de</p> <p>mieux les prendre en compte dans le prise en</p> <p>soin</p>

<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Respect des choix/souhaits des patients</b>	<b>Emotions</b>	<b>Avantages en tant que soignant</b>
<p>le patient a aussi <b>ses propres limites</b>  <b>ne pas juger le patient et ses choix</b>  montrant toutes les options que le patient a pour  qu'il puisse faire <b>leur choix de manière libre et éclairée</b></p>	<p>savoir <b>aussi reconnaître nos émotions</b>  <b>reconnaître que le patient</b> en ait également</p>	<p>pour que cela <b>n'empiète pas sur notre vie personnelle également</b>  connaître les situations qui pourraient  <b>potentiellement nous toucher et éviter que cela arrive.</b></p>
<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Rôle d'accompagnant</b>		
<p><b>l'accompagner lui et ses proches</b>  avoir la <b>capacité de l'accompagner</b>  d'être une <b>personne aidante ou ressource</b>  savoir expliquer <b>de manière neutre tout en te montrant présent</b></p>		
<b>4</b>		

**Annexe VI :**  
**Compétences émotionnelles selon Daniel Goleman**



## Résumé/Abstract Anglais

NOM : TURMEL

PRENOM : Caroline

TITRE DU MEMOIRE : Quand les émotions nous guident...

### **Présentation synthétique du travail en Anglais : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales**

Dealing with patients' emotions is an integral part of our job. We have no rules to learn how to manage them, we are not trained to apprehend them. Therefore, we can find ourselves overwhelmed even (all the more) more when the patient is in psychological distress and is by definition more fragile. This is why I wanted to write a thesis on the emotions of nurses and more particularly on the impact they could have on setting up a right distance with the patient. I thus entitled my starting question : **To what extent does the development of emotional skills by the nurse allow an appropriate relational distance when faced with a patient in psychic distress?**

In order to carry out this thesis, I interviewed three nurses, supplementing and enriching my theoretical research on emotions, the appropriate relational distance and psychic distress. I analyzed all of this data and then developed my professional posture. It allowed me to take the experience of nurses in consideration and to better understand the importance of managing emotions for my future career. It's necessary not to neglect this aspect of nursing in order to be able to protect oneself, protect patients and maintain an appropriate distance in the relationship with the caregiver. I have learned that it is thanks to this development of skills that we get to know ourselves better and set boundaries that will be essential in order not to suffer in the caregiver-patient relationship. The appropriate relational distance is in continuous adjustment. A right balance must be found so as not to harm the caregiver-patient relationship.

### **Présentation synthétique du travail en Français : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales**

Être confrontés aux émotions des patients fait partie intégrante de notre métier. Nous n'avons pas de règles pour apprendre à les gérer, nous ne sommes pas formés pour les appréhender. Nous pouvons donc nous retrouver submerger d'autant plus quand le patient est en détresse psychique et qu'il est par définition plus fragile. C'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser un mémoire sur les émotions des infirmières et plus particulièrement sur l'impact qu'elles pouvaient avoir sur la mise en place d'une juste distance avec le patient. J'ai ainsi intitulé ma question de départ : **Dans quelle mesure, le développement de compétences émotionnelles par l'infirmière, permet-il une juste distance relationnelle face à un patient en détresse psychique ?**

Pour réaliser ce mémoire, j'ai interviewé trois infirmières, complétant et enrichissant mes recherches théoriques portant sur les émotions, la juste distance relationnelle et la détresse psychique. J'ai analysé l'ensemble de ces données puis développée ma posture professionnelle. Cela m'a permis de prendre en considération l'expérience des infirmières et de mieux comprendre l'importance de la gestion des émotions pour ma future carrière. Il est nécessaire de ne pas négliger cette facette du métier d'infirmière pour pouvoir se protéger soi-même, protéger ses patients et conserver une juste distance dans la relation soignant soigné. J'ai appris que c'est grâce à ce développement de compétences que nous arrivons à mieux nous connaître et fixer des limites qui seront indispensables pour ne pas souffrir dans la relation soignant-soigné. La juste distance relationnelle est en ajustement permanent. Il faut trouver un bon équilibre pour ne pas porter préjudice à la relation soignant-soigné.

**MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en Anglais.**

Appropriate relational distance, emotional skills, émotions, caregiver-patient relationship, psychic distress

**MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en Français.**

Juste distance relationnelle – compétences émotionnelles – émotions – relation soignant-soigné – détresse psychique

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022