

# De l'impact des émotions dans la relation de confiance avec un patient schizophrène

Travail de Fin d'Etudes U.E. 5.6 S6  
Diplôme d'Etat d'Infirmier

Présenté par Franck SOREDA  
Promotion 2012-2015  
26/05/2015

IFSI La Capelette (AP-HM)



***« Sans émotions, il est impossible de transformer les ténèbres en lumière et l'apathie en mouvement. » C.G. JUNG***

Crédits photos : <http://www.bruno-jarrosson.com/wp-content/uploads/2015/04/confiance2.jpg> et  
<http://thumbs.dreamstime.com/t/%C3%A9motion-6795919.jpg>

## *Note aux lecteurs*

*« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de la Capelette et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »*

*« J'atteste que ce travail est personnel et ne comporte pas de plagiat, je cite systématiquement toute source utilisée entre guillemets »*

## *Remerciements*

§ *Je tiens d'abord à remercier Madame Sylvie DOIZE, ma guidante, pour le recul qu'elle m'a permis d'avoir sur mon travail, et pour la pertinence de ses remarques.*

§ *Je remercie aussi tous les formateurs de l'IFSI pour leur implication dans notre apprentissage, qui n'a pas toujours été de tout repos (même pour eux).*

§ *Je souhaite remercier ma référente pédagogique, Madame Delphine SERRANO, pour ses capacités de « holding » particulières et son soutien indéfectible, surtout pendant les périodes de doute.*

§ *Un grand merci aussi aux professionnels de terrain qui m'ont permis (ou non d'ailleurs, ce qui est aussi enrichissant) d'avancer dans mon positionnement et ma réflexion, et qui m'ont confirmé mon envie de faire ce métier.*

§ *Je remercie mes nouveaux amis rencontrés lors de cette formation, avec qui on a partagé des moments de rire et de difficultés, et qui représentent bien ce que doit être ce métier, un métier tourné vers l'humain.*

§ *Et bien entendu je remercie tout particulièrement ma famille, surtout ma femme et ma fille pour leur soutien, leur compréhension de mon repli parfois lorsque j'étais plongé dans mes livres. Trois ans, c'est long et cela demande une grosse dose d'amour. A vous deux, je vous aime aussi.*

## Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1. De la situation d'appel à la question de départ</b> .....	2
a. Description de la situation d'appel .....	2
b. Analyse – Questionnement.....	3
c. Problématique .....	4
<b>2. Enquête exploratoire</b> .....	5
a. Dispositif.....	5
i. Choix de la population .....	5
ii. Choix de l'outil .....	5
iii. Objectifs de l'outil .....	5
b. Analyse des données .....	6
c. Limites de l'outil .....	8
<b>3. Question de départ</b> .....	8
<b>4. Cadre conceptuel</b> .....	9
a. La schizophrénie .....	9
i. Définition.....	9
ii. Rôle du soignant .....	10
iii. Impact des troubles sur la relation.....	11
b. La distance thérapeutique .....	12
i. Définition.....	12
ii. Distance « thérapeutique » ? pour qui ? .....	13
iii. La juste distance.....	14
c. La maîtrise des émotions .....	16
i. Qu'est-ce qu'une émotion .....	16
ii. De l'émotion à l'empathie.....	16
iii. De l'empathie à l'intelligence émotionnelle.....	18
d. La relation de confiance .....	20
i. Définition.....	20
ii. Les limites de la confiance .....	21
iii. La confiance comme gage d'humanité.....	22

<b>5. Synthèse</b> .....	24
<b>Conclusion</b> .....	25
<i>Bibliographie</i> .....	
Annexe 1 Guide d'entretien.....	I
Annexe 2 Entretien IDE N°1.....	II
Annexe 3 Entretien IDE N°2.....	VIII
Annexe 4 Entretien IDE N°3.....	XI
Annexe 5 Entretien IDE N°4.....	XIV
Annexe 6 Entretien IDE N°5.....	XIX
Annexe 7 Entretien IDE N°6.....	XXII
Annexe 8 Grille de dépouillement.....	XXV

## Introduction

Arrivé à une certaine étape de ma vie professionnelle, je me suis demandé si le métier de technicien de laboratoire était celui qui me correspondait le plus. Après plusieurs mois de réflexions et de recherches, j'ai réalisé que ce qu'il me manquait le plus c'était bien le contact, la rencontre avec l'autre. C'est donc tout ce que je comptais trouver dans le métier d'infirmier.

Mais cette rencontre avec l'autre, notamment en psychiatrie, demande de bien évaluer sa posture, de savoir ce qui est engagé quand on entre en relation avec ces patients. Si la formation d'infirmier permet d'aborder par la théorie cette thématique, une situation vécue en service de psychiatrie, et que j'évoquerai en premier, m'a fait réaliser toute la difficulté de bien connaître ses réactions pour réagir de manière adéquate face à un patient schizophrène.

Ce travail d'introspection, tout professionnel de ce secteur l'a probablement fait. C'est ce que je vérifierai par une enquête exploratoire auprès d'infirmier(e)s de secteur psychiatrique qui me permettra de connaître leur façon d'aborder leurs émotions dans la relation avec un patient schizophrène. Leurs réflexions, confrontées à la mienne, m'auront permis d'énoncer une question de départ sur ce sujet.

J'évoquerai ensuite les éléments théoriques trouvés dans la littérature professionnelle sur les concepts principaux issus de cette réflexion, à savoir la distance thérapeutique, la gestion des émotions et la relation de confiance avec un patient schizophrène. Il sera alors intéressant de s'apercevoir que les postures rencontrées ne concordent pas toutes entre elles, ni avec la théorie.

Finalement ce travail de recherche me permettra d'aboutir à une hypothèse de recherche qui, bien que ne correspondant pas à certains points de vue rencontrés, demanderait à être validée par une expérimentation à plus grande échelle.

# 1. De la situation d'appel à la question de départ

## a. Description de la situation d'appel

La situation s'est déroulée au sein d'un service de psychiatrie de l'AP-HM, en hospitalisation aigüe.

Un patient de 60 ans, Mr B, hospitalisé depuis plusieurs mois dans ce service présente une schizophrénie hébéphrénique, associée à une démence vasculaire. Depuis le début de mon stage, je l'ai souvent pris en charge, j'ai développé avec lui une certaine relation stabilisante et étayante. Son relationnel avec les autres est très superficiel et il ne communique quasiment que pour avoir des cigarettes, que nous lui fournissons de son paquet au fur et à mesure, pour éviter qu'il ne les fume toutes en une seule fois. Il a aussi tendance à considérer les cigarettes et les briquets des autres patients, et même des soignants, comme les siennes, allant jusqu'à les voler.

Depuis quelques semaines est présent dans le service un autre patient de 34 ans, Mr J, présentant une schizophrénie paranoïde assez peu invalidante du point de vue relationnel. C'est un garçon au passé trouble, issu d'une cité difficile de Marseille, mais très sociable et j'ai donc développé avec lui une relation assez intéressante d'échange, de respect et de complicité.

Un après midi, un ami de Mr J est venu lui rendre visite, cet ami lui ayant amené des cigarettes. Quelques minutes après être arrivé, Mr J commence à s'énerver dans le service et affirme que quelqu'un lui a volé les deux paquets de cigarettes que son ami est venu lui apporter. Entendant cela je vais voir ce qu'il en est et il commence à s'emporter et pointe du doigt Mr B qui était assis devant la télévision, l'accusant directement, disant qu'il est sûr que c'est lui, qu'il a déjà volé des cigarettes aux autres patients, etc. J'essaye de le raisonner mais il continue à accuser Mr B, qui pour sa part ne dit rien et reste assis devant la télévision dans un état d'hébétéude habituel. Près de nous se trouvait un infirmier, qui est resté en dehors de la situation tout au long de la conversation.

Mr J me demande de voir si ce n'est pas lui qui a le paquet. Je me retrouve alors à me demander si je peux fouiller Mr B, mais Mr J, insistant avec véhémence, me pousse à l'acte : je me rapproche de Mr B et commence à rechercher dans ses poches. Je retrouve effectivement un paquet de cigarettes qui correspondait à celui de Mr J,

puisque les messages sanitaires inscrits dessus était en arabe, ce qui correspondait aux dire de Mr J et ne pouvait être celui de Mr B que nous avions dans l'infirmierie.

Je rends le paquet à Mr J et l'infirmier qui avait assisté à la scène intervient alors et arrive à désamorcer la situation. Durant le reste du stage, mes rapports avec Mr J se sont rétablis comme avant l'incident, même si pour ma part j'ai fait preuve de plus de méfiance. Quand à Mr B, je suis allé m'excuser après et il ne m'en a pas tenu rigueur. J'ai réussi à conserver la même relation qu'auparavant, ce qui m'a rassuré.

### b. Analyse – Questionnement

Après cet évènement, je me suis retrouvé seul avec l'infirmier. Il me demande alors de réfléchir à la situation. Je conviens finalement avec lui que je n'ai pas maîtrisé l'échange et que j'avais subi l'influence de Mr J. J'avoue qu'effectivement je n'avais pas à fouiller un patient, que j'aurais dû isoler Mr B dans sa chambre et négocier avec lui afin qu'il me rende de lui-même le paquet qu'il avait pris.

Je lui ai avoué qu'au début de cette situation conflictuelle, j'avais ressenti un malaise que je n'ai pas tout de suite interprété, Mr J m'avait « manipulé », faisant disparaître cette distance que je cherchais. Ce malaise, c'était évidemment un conflit de valeurs entre le respect de l'espace privé de Mr B (en l'occurrence ses poches) et la réparation du vol commis. J'ai penché vers la tentative de réparation de ce vol, mais à mon insu, influencé par la conviction de Mr J. C'est donc après que la situation se soit posée, et en discutant avec l'infirmier, que j'ai réalisé ma maladresse. Je me suis alors senti floué, trompé. Et en même temps, j'ai ressenti de la honte d'avoir fouillé Mr B devant tout le monde, d'avoir trahi sa relation de confiance que j'avais mis du temps à construire.

Cette situation m'a fait me poser un certain nombre de questions :

- Je me suis demandé si, voulant résoudre un conflit et rétablir un semblant de justice, je ne me suis pas écarté de mon rôle, ayant laissé parler les sentiments et non la raison ?

- Si Mr J m'a impliqué directement n'aurait-il pas alors profité de notre relation plus personnelle pour arriver à ses fins ? De mon côté, n'ais-je pas été enclin à réagir



de manière subjective, laissant parler mes émotions et favoriser ainsi Mr J avec qui j'ai construit une relation presque amicale ?

- A quel moment une relation de confiance devient de la complicité, voir de l'amitié, dans le cadre de soins relationnels ?

- Du coup, peut-on s'autoriser à établir une relation amicale dans le cadre de soins relationnels qui sont l'essentiel des soins en psychiatrie ?

- Le recul que j'ai pris après cette situation ne m'a-t-il pas fait tomber dans la mise en place de barrière ? A quel moment doit-on alors établir cette distance pour éviter ce genre de situations conflictuelles ?

### c. Problématique

Les concepts qui ressortent de cette réflexion sont donc la relation de confiance soignant-soigné instaurée dans les soins relationnels, et primordiaux en psychiatrie. Il y a aussi la gestion des émotions voire des sentiments que tout soignant éprouve dans la construction de cette relation. En conséquence il faut définir cette distance thérapeutique que l'on doit mettre en place dans l'accompagnement de tout malade. De plus il conviendrait aussi de rappeler certaines notions sur la schizophrénie et le rapport que ces patients ont avec le monde.

Tout au long de notre formation, les enseignements comme les pratiques en stage ont cherché à nous faire travailler cette posture professionnelle qui nous permet de mettre en place une distance avec un patient. Mais il est évident que la mise en place de ces limites est complexe et nécessite de travailler sur soi-même, ses ressentis. Il apparaît évident que ces concepts sont intimement intriqués, mais jusque là il n'était pas évident pour moi de saisir l'impact que chacun a sur les autres.

Après avoir parcouru une partie de la bibliographie concernant ces concepts pour les affiner, j'ai voulu vérifier auprès de professionnels travaillant dans le secteur de la psychiatrie si ma problématique est personnelle, ou si les difficultés rencontrées lors de ma situation de départ s'avéraient fréquentes.

## **2. Enquête exploratoire**

### **a. Dispositif**

#### **i. Choix de la population**

Après avoir obtenu l'autorisation de la direction des soins de l'assistance publique, j'ai donc interrogé 6 infirmiers ou infirmières de psychiatrie. Dans la mesure où cette problématique ne semble pas être dépendante du sexe du soignant, ce critère n'a pas été retenu pour faire le choix de la population enquêtée.

Par contre, il me semblait intéressant de connaître les opinions de personnels ayant des expériences plus ou moins importantes dans ce secteur. Il serait intéressant alors de comparer leur degré de réflexion et de maturité sur les différentes composantes d'une bonne relation soignant-soigné. L'IDE 1 a donc 20 ans d'expérience, l'IDE 2 a 10 ans, l'IDE 3 a 9 mois, l'IDE 4 a 8 ans, l'IDE 5 a 1 an et demi et l'IDE 6 a 14 ans d'expérience.

#### **ii. Choix de l'outil**

Cette recherche entrant dans le cadre des soins relationnels, et donc où aucune technique n'est à priori facilement mesurable, il m'est apparu évident de ne pas utiliser un outil de type grille d'observation, mais plutôt un questionnaire semi directif. Celui ci me permettait d'explorer les trois domaines qui me paraissaient importants par rapport à ma question de départ (à savoir la distance thérapeutique, la maîtrise des émotions, et la relation de confiance), tout en laissant la possibilité aux personnes interrogées d'apporter leur réflexion mais aussi des pistes d'évolution de mon questionnement.

#### **iii. Objectifs de l'outil**

Le guide d'entretien est en annexe, ainsi que les entretiens détaillés et la grille de dépouillement.

Les deux premières questions, en lien avec le concept de distance thérapeutique, ont pour but de définir les éléments constitutifs de cette distance idéale dans la prise en charge d'un patient schizophrène.

Les trois questions suivantes tentent d'évaluer l'importance des émotions dans une relation avec ce type de patients, ce que signifie maîtriser ses émotions et quels sont les risques si nous n'y parvenons pas.

Enfin les deux dernières questions cherchent à définir ce qu'est une relation de confiance avec un patient schizophrène, et comment peut-on s'assurer qu'elle est pérenne.

## b. Analyse des données

Concernant la distance thérapeutique, il revient presque systématiquement l'utilisation du vouvoiement lorsque l'on rentre en relation avec un patient schizophrène, et finalement très rarement le tutoiement. Et ce quel que soit l'expérience du professionnel interrogé.

Ce qui semble aussi important est d'avoir un discours posé, calme et le plus court possible dans la mesure où les patients schizophrènes, notamment en crise aigue, ne sont pas en mesure d'assimiler énormément d'éléments d'un coup.

Pour mettre en place cette distance il revient aussi la notion de séparation physique, d'utilisation de l'espace. Ce qui peut être compliqué notamment lors des soins intimes.

Mais quoi qu'il en soit, il semble que cette recherche de la distance impose une remise en question permanente et un appel à l'équipe si nécessaire. Le fait de savoir différer une demande d'un patient est aussi quelque chose d'important. Au final cette distance est bien sûr d'ordre physique, mais aussi psychique et temporelle.

Les professionnels estiment que cette distance est juste s'il n'y a pas de transfert émotionnel, si le soignant est toujours considéré à sa bonne place par le patient.

Dans le registre des émotions, la place accordée à l'affect dépend beaucoup du soignant : ceux qui estiment devoir lui accorder une certaine place le font dans une volonté de compréhension de l'autre et pour éviter un discours trop stéréotypé, trop lisse. Ceux qui n'y accordent aucune place mettent en avant leur rôle d'accompagnant qui doit mettre ses émotions de côté et ne pas être une « béquille ». Il est intéressant de

noter que la place accordée aux émotions ne dépend pas de l'expérience ni du sexe du professionnel interrogé.

La gestion de ses émotions semble passer par le contrôle de son corps, et donc de son non verbal. C'est le fruit de l'expérience mais aussi d'une part de caractère personnel. Quoiqu'il en soit si la maîtrise fait défaut, beaucoup s'accordent pour dire qu'il faut passer la main à l'équipe, s'appuyer sur elle pour retravailler ses émotions.

D'ailleurs les conséquences souvent évoquées en cas « d'échec » de cette maîtrise sont selon eux un risque d'impact personnel, de rapporter chez soi un peu de cet excès d'émotions. Il y a aussi le risque de devenir le « mauvais objet » : dans la mesure où les schizophrènes font preuve de clivage de l'objet, ils ne réalisent plus que le soignant en face d'eux peut être celui qui dit oui mais aussi celui qui dit non. Le risque d'atteinte physique existe réellement, car une frustration devient une déchirure, une rupture forte pour le patient, et une réponse instinctive serait d'user de violence.

Un autre risque est celui de trop s'investir, sans qu'il y ait un retour. Il faut alors être conscient de ses affects que l'on a envers eux et qui ne seraient pas de notre rôle. L'importance du travail en équipe est encore évoquée comme outil de gestion de sa posture.

La confiance qui naît dans la relation semble être, pour les professionnels interrogés, une affaire de temps. Le meilleur outil de travail en psychiatrie est le temps qui permet d'aller vers l'autre quand c'est le bon moment. Certains précisent qu'il est primordial d'assurer un accueil de qualité à l'arrivée dans le service, afin de commencer à poser les jalons d'une relation sereine. Connaître la personne, ses goûts, permet d'entrer en relation avec lui de manière plus personnelle, individualisée. Finalement, c'est bien la qualité de la relation et une bonne communication qui pour la plupart fonde la confiance. Un infirmier précise à juste titre que c'est à nous de perpétuellement nous en montrer digne.

S'il ne semble pas y avoir « d'indicateurs » vraiment objectifs de maintien de cette confiance pour les infirmiers interrogés, dans la mesure où selon eux cela reste subjectif, certains éléments semblent récurrents : si le patient est compliant au traitement et en réalise les bénéfices, s'il est accessible à l'humour et la réassurance, s'il y a une resocialisation, le pari est gagné. Mais ce qui revient souvent est le fait que le patient se confie : s'il nous livre ses émotions, c'est qu'il a confiance en nous.

### c. Limites de l'outil

Une des limites évidente à ce type d'outil mis en œuvre est le nombre limité de personnes interrogées. Seulement six personnes ne peuvent refléter une majorité d'infirmiers travaillant en psychiatrie et leur pratique quotidienne.

Ensuite par rapport aux questions posées, je me rends compte que certaines étaient peut être trop générales, que ce soit de l'aveu des professionnels (question 1 IDE 4) ou même des réponses apportées, qui sont assez disparates (question 4) et ne répondent pas vraiment à l'objectif de définition de la maîtrise, voire même anticipe sur la question suivante (question 6).

Le choix de l'outil, parce qu'il permet cette liberté relative à la personne interrogée de s'exprimer, peut être source de réponses irrégulières et donc rendre difficile l'interprétation et une synthèse claire.

### **3. Question de départ**

A l'issue des interviews, je réalise que mes interrogations de départ semblent être des éléments constamment éprouvés dans la prise en charge de patients schizophrènes, notamment en phase aigüe de leur pathologie. La distance thérapeutique, si elle revêt un caractère spatial, est aussi empreinte d'une part d'affect qu'il faut savoir identifier. D'ailleurs il semble que les professionnels soient partagés sur l'importance de les utiliser ou non dans la relation. La confiance qui est nécessaire à une bonne relation thérapeutique, si elle demande du temps, demanderait donc quand même une part d'investissement personnel, mais à quelle hauteur ?

Ainsi, une problématique assez précise semble émerger de ma situation, de mon questionnement, et aussi des éléments apportés par les professionnels interrogés, à savoir : **En quoi le maintien d'une distance thérapeutique avec une bonne maîtrise des émotions est-il garant d'une relation de confiance avec un patient schizophrène ?**

## 4. Cadre conceptuel

Pour tenter de progresser dans la réflexion et pour s'assurer d'une démarche scientifique et objective, il est nécessaire d'apporter des précisions sur chacun de ces concepts. Basées essentiellement sur des revues professionnelles de soignants, mes recherches théoriques font surtout état de la réflexion sur ces différents sujets plus que de leur trouver une définition immuable.

### a. La schizophrénie

#### i. Définition

La schizophrénie, ou plutôt les schizophrénies, sont un ensemble assez hétérogène de troubles psychiques mais qui ont toutes en commun une désorganisation de la personnalité et une difficulté d'appréhension du réel. Les étiologies sont certainement multi factorielles et dépendent aussi du modèle de soin appliqué: selon le modèle analytique par exemple la survenue de la schizophrénie provient « *d'une carence d'étayage sur l'appareil à penser de la mère et sur le corps (holding et handling défailants...)*<sup>1</sup>. L'autre n'est plus alors reconnu comme un sujet à part entière et la relation au réel est empreinte d'un délire.

Selon le modèle neurobiologique ce sont des *anomalies précoces dans les processus neurodéveloppementaux [qui sont] la cause d'une incapacité du nourrisson à recevoir les messages que lui envoie son environnement*<sup>2</sup>.

Quelle que soit le modèle utilisé, trois syndromes caractérisent cette pathologie : la dissociation, la présence de syndrome positif c'est-à-dire le délire, et un repli autistique ou syndrome négatif.

La dissociation atteint l'intellect (barrages, appauvrissement des idées, incapacité d'abstraction, mutisme, troubles cognitifs...) mais aussi le comportement (bizarreries, stéréotypies, apragmatisme, voire catalepsie). Et enfin il y a souvent une dissociation affective (ambivalence, athymhormie, rires ou pleurs immotivés, émoussement affectif).

---

<sup>1</sup> Merklings, J, Langelfeld S. Processus psychopathologiques. Unité d'enseignement 2.6. Paris : éditions Elsevier Masson ; 2011, 286 pages (collection Les essentiels en IFSI ; n°9). p 152.

<sup>2</sup> Id.

Le délire est souvent chronique, non systématisé, aux thématiques multiples (persécutions, mysticisme...), aux mécanismes aussi souvent multiples (hallucination souvent acoustique, intuition, interprétation, automatisé mental...). La participation affective à ce délire est souvent importante, ou au contraire totalement nulle, et l'adhésion au délire est complète.

La dimension négative est surtout marquée par un retrait social et une inadaptation sociale, une pauvreté du contact, un apragmatisme et même souvent une incurie.

## ii. Rôle du soignant

Du fait de la désorganisation psychique et des carences que peut présenter un patient atteint de schizophrénie, l'infirmier en psychiatrie revêt plusieurs fonctions de soins relationnels : une fonction d'étayage c'est-à-dire de soutien (par exemple lors de soins de nursing ou lors d'entretiens pour que la personne objectivise ses expériences douloureuses et les intègre à sa psyché), une fonction maternante (réassurance), une fonction contenante (l'infirmier *reçoit ses contenus psychiques indifférenciés et les transforme en paroles et les met en sens afin qu'ils soient intégrables par lui*<sup>3</sup>).

L'infirmier présente aussi une fonction de pare-excitation (rôle un peu paternel de redéfinition du cadre), mais aussi une fonction éducative pour que le patient retrouve un contact avec la réalité de tous les jours, une fonction de sollicitation pour renouer le lien social et une fonction personnalisante afin que le patient se reconnaisse comme unique et singulier, et que son estime de soi se renforce.

En somme le soignant est là pour redonner un petit peu de réel à ce que vit le patient, mais tout cela de manière progressive. Toutes les actions entreprises dans la prise en charge de patients schizophrènes répondent donc à un « *double objectif, celui d'exprimer une souffrance pour le patient, et celui d'une recherche clinique et de sens pour le soignant.*<sup>4</sup> ». Selon cet auteur, l'infirmier est donc là « *pour trouver les clés des verrous* » afin que chacun, mais surtout le patient, intériorise ces troubles pour y travailler dessus.

---

<sup>3</sup> Ibid. p 233.

<sup>4</sup> Rivallan A. La relation soignant-soigné en psychiatrie. Soins. Mars 2013 ; vol 58, n°773 : 41.

Souvent anosognosiques, les patients schizophrènes s'appuieront sur le soignant, qui lui de son côté doit offrir les outils adaptés. La notion d'*insight* est un axe thérapeutique intéressant pour cette reconnaissance par le patient de ses troubles. Certains professionnels ont ainsi testé cette approche<sup>5</sup> avec comme point de mire d'être authentique dans sa relation avec le patient pour qu'il réalise l'impact de ses troubles sur sa vie quotidienne, mais aussi en lui expliquant « *que cette partie malade de lui-même n'est pas la totalité de son être et qu'il a une composante saine, ce qui peut l'aider à prendre de la distance par rapport à ses symptômes psychotiques*<sup>6</sup> ». On voit alors l'importance de créer un lien de collaboration avec ces patients.

### iii. Impact des troubles sur la relation

Toute la difficulté est alors de savoir accueillir cette souffrance de l'autre pour lui donner sens. Comme nous l'avons vu, les fonctions du soignant permettent donc de récupérer ce que les patients projettent sur nous de manière indifférenciée, de faire preuve de contenance psychique pour pouvoir lui renvoyer des éléments assimilables. Le risque est que certains de ces éléments parfois archaïques et bruts puissent résonner en nous de manière personnelle.

Ainsi par réaction peuvent naître chez le soignant des attitudes contre-productives : une certaine identification à l'autre et penser ce qui est bien pour lui mais à sa place, une certaine forme de toute puissance qui risque de diminuer la reprise d'autonomie. Peut apparaître aussi une certaine rationalisation de nos propres émotions afin de pouvoir les contenir voire même une dépersonnalisation et un épuisement professionnel...

Dans ce colloque singulier qui est la rencontre entre deux psychismes, l'un en souffrance et l'autre ouvert à cette souffrance, il apparaît donc indispensable que le soignant ait conscience des enjeux qui naissent de cette relation, et ce pour tous les deux. C'est donc au soignant de mettre en place une posture professionnelle adéquate, celle-ci étant, entre autres, sous-tendue par la mise en place d'une distance thérapeutique.

---

<sup>5</sup> Ochoa D, Gilabert F et Papillon C. L'atelier insight, une autre approche de la schizophrénie. Soins psychiatrie. Novembre/décembre 2009 ; n°265 : 28-32.

<sup>6</sup> Ibid. p29.



## b. La distance thérapeutique

### i. Définition

Si l'on s'en tient à la définition du Larousse<sup>7</sup>, la distance est « un intervalle, un espace qui sépare deux ou plusieurs personnes ». Envisagée sous cet angle la notion de distance revêt alors un caractère péjoratif dans la mesure où il n'est pas question de rapprochement mais plutôt de mise à l'écart.

Certains auteurs ont alors essayé de l'objectiver afin de mieux l'aborder. Ainsi Florence Michon<sup>8</sup> nous rappelle la théorie de la proxémie créé par Edward T. Hall :

- la distance **intime** (inférieure à 45 cm) où les sens sont mis en jeu. Cette distance peut « être vécue comme une intrusion car imposée ». La pudeur et l'intimité sont mises en jeu, il faut alors faire preuve de finesse et d'un grand respect.

- la distance **personnelle** (entre 0.45 m et 1.2 m) intervient dans les entretiens avec le patient. Cela peut être un moment où le soignant entre en relation avec le patient, où celui-ci peut être amené à faire des confidences.

- la distance **sociale** (1.2m et 3.6m) favorise la communication entre deux personnes et constitue « la limite de l'emprise sur l'autre ».

- la distance **publique** (supérieure à 3.6m) est impersonnelle.

Mais dans un contexte de soins, d'autant plus en psychiatrie, à la simple notion de distance « physique », on doit ajouter celle qui est imposée par le contexte institutionnel comme me l'ont rappelés certains IDE interrogés. Ainsi la notion de statut (patient et soignant) peut rajouter un écart. Que ce soit par le port de la blouse, l'interdiction d'accès au poste de soins, les entretiens formels effectués en présence de plusieurs membres de l'équipe, tout concourt à mettre en avant la notion de la place que doit respecter chacun, et qui sert aussi de cadre thérapeutique pour des patients dissociés.

Ainsi deux auteurs d'un guide de techniques de soins en psychiatrie à l'intention des étudiants, Yasmina Ouharzoune et Chantal Agrech, nous expliquent par exemple que le vouvoiement est essentiel dans une relation avec un patient car il va ainsi « s'inscrire dans une relation thérapeutique et arriver à exprimer sa

---

<sup>7</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>

<sup>8</sup> Michon F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. Soins. Mars 2013 ; n°773 hoc. : 32-34.

*souffrance*<sup>9</sup> », alors que le tutoiement ne serait qu'une illusion d'adhésion aux soins. C'est ce que pratiquement tous les IDE que j'ai interrogé m'ont confirmé. De plus les auteures évoquent le fait qu'il faut être à l'écoute du patient mais sans révéler quoi que ce soit de sa propre histoire. Ainsi le patient « *doit connaître l'infirmier en tant que soignant et non en tant qu'individu*<sup>10</sup> ».

On voit ainsi que pour elles c'est la fonction qui est soignante et moins l'individu qui la porte. Florence Michon nous rappelle aussi que l'adaptation de son langage permet d'établir cette « *distance de sécurité* » : parler avec respect et civilité, utiliser le « je » qui prouve que l'on s'implique avec sincérité, l'utilisation du vouvoiement, tout ceci « *pose un cadre et légitime notre position* »<sup>11</sup>.

## ii. Distance « thérapeutique » ? pour qui ?

Mais comment cette distance peut-elle alors être thérapeutique ? En effet, dans ce contexte et ce cadre de soins qu'offre la structure, il peut être facile pour les soignants d'utiliser cet outil à leur propre bénéfice. Ainsi cette distance que l'on met avec le patient ne sera plus thérapeutique (dans le sens où il sert d'outil de traitement) mais plutôt préventif pour la santé mentale du soignant. Trouver et gérer cette distance thérapeutique « *est une sécurité psychologique pour le soignant et le soigné* »<sup>12</sup>

Franck Bourdeaut<sup>13</sup> nous met en garde sur la systématisation d'une distance et repères trois risques :

- Le premier risque serait un glissement de la « *distance à l'absence* ». Redouter l'émotion qui nous attend, « *refuser de se sentir piégé dans une émotion que l'on ne souhaite pas laisser surgir, voilà de puissantes réticences qui conduisent à éviter toute situation de mise en émotions* »

---

<sup>9</sup> Ouharzoune Y, Agrech C. Techniques de soins en psychiatrie. 2<sup>ème</sup> édition. Editions Lamarre ; 20 juin 2005, 155 p. (collection les fondamentaux étudiants IFSI) : p49.

<sup>10</sup> Ibid., p50.

<sup>11</sup> Michon F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. Soins. Mars 2013 ; n°773 : 34.

<sup>12</sup> Liégeois M. Distance thérapeutique. Serpsy [En ligne]. Disponible sur : <http://www.serpsy.org/detour/distance.html>. Consulté le 07 septembre 2014.

<sup>13</sup> Bourdeaut F. Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. Ethique et santé. 2006, no3 : 136.

- le deuxième risque serait celui d'une « *normalisation de la distance* ». Le travail d'adaptation de sa posture par rapport aux patients n'est plus effectué et on applique alors une recette toute faite déjà éprouvée.

- le troisième risque est celui « *d'occulter la nature réellement éthique d'une émotion manifestée* ». Ce qui fait de nous des êtres humains, ces manifestations de notre vulnérabilité, ce sont ces émotions qui peuvent être la source d'une relation.

De plus, dans le cadre d'une relation de soins, et de manière inconsciente, le soignant est placé dans une situation d'autorité vis-à-vis du patient, mais aussi dans le rôle de la personne aimante, qui prend soin. Il peut se rejouer alors une reviviscence du complexe d'Oedipe infantile. Il est possible que naisse un transfert du patient envers le soignant, qui peut être positif comme négatif. De facto, un contre-transfert apparaît du soignant envers le patient et il est en partie à l'origine de cette distance que le soignant met en place. Certains infirmiers me l'ont expliqué par le risque parfois de voir le patient nous surinvestir.

Roland Narfin, psychologue clinicien, nous explique bien cette difficulté de mettre en place cette distance<sup>14</sup> : « *trop proche la relation pourrait se trouver entachée d'affects et mettre en difficulté l'exercice du professionnel... trop éloignées, le patient serait peu enclin à nouer une relation avec le soignant car il éprouverait l'impression de n'être pas entendu, reconnue dans sa souffrance... transfert et contre-transfert existe d'emblée dans la rencontre ; plus précisément c'est ce qui naît au contact de la relation.* »

### iii. La juste distance

Nous avons vu toute la difficulté de définir ce qu'est la distance thérapeutique, car si on peut mesurer une distance physique, il est difficile de trouver cet équilibre entre deux personnalités, deux psychismes. Ce qui est nécessaire pour définir cette juste distance c'est tout d'abord d'avoir à l'esprit qu'elle n'est pas figée. Le soignant doit faire preuve de plasticité, de malléabilité dans son rapport à l'autre.

---

<sup>14</sup> Narfin R. Transfert et contre-transfert. La revue de l'infirmière. Décembre 2011 ; vol 60, n° 176 : 50.

Ainsi beaucoup d'auteurs, mais aussi les professionnels que j'ai rencontré, évoquent le fait que cette distance doit toujours être réévaluée afin, comme le dit Pascal Prayez, de développer cette « *capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places* »<sup>15</sup>.

De plus il revient souvent dans la mise en place de cette juste distance une problématique de gestion des affects car il semble surtout important de savoir ce qu'on investit de personnel dans cette relation, et c'est ce que ce même auteur dit ainsi : « *Donner un peu mais pas trop, être ni trop loin ni trop près [...] Ces formulations restent quantitatives. Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre.* »<sup>16</sup>

Si la mise en place de cette distance peut parfois être considérée comme une sécurité psychologique il s'agit en fait de bien évaluer la souffrance de l'autre pour ne pas que l'on la subisse nous-mêmes. Elke Mallem le rappelle en disant que la juste distance « *doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle* »<sup>17</sup>.

Tout l'art de maintenir cette difficile mais juste distance est donc une perpétuelle recherche de cet équilibre entre le risque de tomber dans une relation de type fusionnelle et le risque d'être si distant que « *l'on ne peut rien entendre de la souffrance* »<sup>18</sup> du patient. Ainsi il affirme que « *prendre du recul [permet de] mieux écouter et mieux accompagner* »<sup>19</sup>.

A défaut de « juste distance », je préfère au final évoquer le terme de « *juste proximité* » qu'à choisit Franck Bourdeaut. En effet cette part des affects qui naît dans toute relation ne doit pas être, à mon sens, bannie ou étouffée puisque comme le dit cet auteur les émotions incarnent « *toute la raison d'être, l'origine et la finalité de la*

---

<sup>15</sup> Prayez P. Distance professionnelle et qualité du soin. 2e édition. France : Lamarre. 2009 ; 287 pages. (Fonction cadre de santé) : 75.

<sup>16</sup> Id.

<sup>17</sup> Mallem E. La distance professionnelle. Objectif soins. 2005/05 ; n° 136 : 23.

<sup>18</sup> Liégeois M. Op. Cit.

<sup>19</sup> Id.

*relation de soins, c'est donc par leur passivité et leur fugitivité qu'elles sont le lieu par nature d'une relation éthique »<sup>20</sup>*

### c. La maîtrise des émotions

#### i. Qu'est-ce qu'une émotion

Si l'on s'en réfère à Lydia FERNANDEZ<sup>21</sup>, professeur de philosophie, le mot Emotion signifiait mouvement puis aurait évolué dans le temps dans le sens de trouble moral. L'auteur rappelle des définitions du dictionnaire de l'Académie : l'émotion est donc un trouble, un malaise physique, une réaction affective brusque et momentanée. De même d'autres concepts proches de celui d'émotion permettent de mieux le comprendre : l'affect par exemple est la tonalité d'un sentiment ; un sentiment est un état complexe stable et durable composé d'émotions mais aussi d'éléments intellectuels ; la passion en devient l'expression la plus excessive.

Dans le cadre d'une relation de soins, la notion de juste distance est aussi fortement influencée par des principes négationnistes qui datent même de l'antiquité : comme nous le rappelle Franck Bourdeaut<sup>22</sup> les émotions dévoyaient la pensée de la cité pour Platon, et même Galien les décrivait comme « *une maladie de l'âme par le désordre qu'elles entraînent sur la raison* ». Il nous rappelle aussi que Kant considérait que l'émotion portait « *une atteinte momentanée à la liberté et à l'empire de soi* ». Ainsi l'émotion est souvent considérée comme enivrante alors que c'est la raison qui permet de garder le contrôle et une certaine liberté.

#### ii. De l'émotion à l'empathie

Mais comment faire alors pour composer avec ses propres émotions qui naissent inmanquablement dans une relation si particulière avec un patient schizophrène ? Plusieurs auteurs ont construit alors un concept qui permet d'objectiver ses émotions pour pouvoir les maîtriser. Ainsi il semble que l'empathie soit l'attitude la plus efficace pour une relation vraiment thérapeutique.

---

<sup>20</sup> Bourdeaut F. Op. Cit. p 137.

<sup>21</sup> Fernandez L. Emotion. In : Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition. Sous la direction de Formarier M et Jovic L, ARSI. Lyon : éditions Mallet conseil, p 164.

<sup>22</sup> Bourdeaut F. Op. Cit. p 135

En effet trop de proximité peut nous conduire à la compassion, ce qui nous fait « *entrer dans la souffrance de l'autre* »<sup>23</sup> et ce même si c'est pour lui venir en aide ou pour chercher son plaisir. La compassion est ainsi « *une relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui* »<sup>24</sup>. Comme me l'a expliqué l'IDE 5, on risque de revenir chez soi avec un peu de leur souffrance.

A l'inverse, une trop grande mise à distance constituerait plutôt ce que l'on nomme sympathie.

L'empathie serait alors la réponse la plus équilibrée car elle est une réponse intellectualisée aux émotions, et celle là que recherchent certains infirmiers interrogés (IDE 6 notamment). Elle est une sorte de compromis entre « *une réponse affective envers autrui impliquant parfois mais pas toujours un partage de son état émotionnel, et une capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne* »<sup>25</sup>. Cet effort de compréhension cognitif peut parfois être considéré comme de l'intelligence froide, mais comme le rappelle Roger Mucchielli c'est cet effort « *de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'univers de l'Autre*<sup>26</sup> » qui est la source de la compréhension des émotions d'autrui, autant que de construction de soi.

Le concept d'empathie semble cependant ne pas réellement faire l'unanimité dans sa définition et ses attributs. Une auteure, Garyfallia Forsyth<sup>27</sup> a malgré tout analysé ce concept pour en proposer des attributs :

« 1-L'empathie a lieu en état de conscience

2-L'empathie sous-entend la relation

3-L'empathie signifie la validation de l'expérience

4-La compréhension empathique se produit à différents degrés d'exactitude.

5-L'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'instant présent.

6-L'empathie nécessite de l'énergie qui varie en intensité.

---

<sup>23</sup> Godart E. L'empathie un juste milieu entre la clinique et l'éthique du quotidien. Soins psychiatrie. Septembre/octobre 2009 ; n° 264 : 38.

<sup>24</sup> Jorland G. Empathie et thérapeutique. Recherche en soins infirmiers. 2006 ; n°84 : 61.

<sup>25</sup> Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Recherche en soins infirmiers. 2009/3 ; n° 98 : 29.

<sup>26</sup> Id.

<sup>27</sup> Forsyth G. Analyse du concept d'empathie-illustration d'une approche. Recherche en soins infirmiers. 1999 ; n°58 : 52

7-*L'empathie implique l'objectivité*

8-*L'empathie exige d'être exempt d'un jugement de valeur ou d'une évaluation »*

Quoiqu'il en soit, l'application de ce concept d'empathie permet non seulement d'optimiser une relation à but thérapeutique mais elle prend aussi en compte le côté humain. Ainsi il ne s'agit pas pour les infirmiers « *de ne pas s'occuper seulement [que] de la maladie du sujet mais aussi du sujet de la maladie.* »<sup>28</sup>

### iii. De l'empathie à l'intelligence émotionnelle

Pour enrichir le concept d'empathie dans sa dimension cognitive, il est intéressant de rapporter certaines recherches faites par Hochschild et relatées par Huynh Truc sur le travail émotionnel. Celui-ci serait une « *construction occidentale dans la pure tradition de Descartes, qui sépare la pensée rationnelle du corps émotionnel, contrairement à la manière orientale de joindre pensées et sentiments* »<sup>29</sup>. Ainsi ce travail permettrait de percevoir et modifier des émotions négatives en construction socialement acceptable ou apportant de bénéfices à l'autre.

L'expression de ce travail peut se traduire en travail superficiel (exemple : une façade souriante pour tenter d'aligner ses propres émotions à celle de l'autre) ou au travail en profondeur (la personne cherche vraiment à ressentir l'émotion exprimée, pour établir un vrai lien thérapeutique avec l'autre). Mais l'auteure précise que dans le secteur infirmier, le travail émotionnel « *consiste à exprimer des émotions qui sont à la fois conformes au rôle professionnel et en harmonie avec celle du patient* ». Ainsi, même un travail de surface n'est pas authentique ou perçu comme tel par le patient.

L'infirmier qui a recours à ce travail émotionnel endosse donc des « *personnalités de travail* » qui lui permet d'avoir une posture professionnelle sécurisante émotionnellement tout en continuant à présenter une certaine authenticité et un engagement dans le processus de soin. Ce personnage de travail l'auteure l'appelle « *l'infirmière idéale et est le reflet du caring sincère de l'infirmière* »<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Jorland G. Op.cit. p64

<sup>29</sup> Truc H et al. Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. Recherche en soins infirmiers. 2009/2 ; n° 97 : 35.

<sup>30</sup> Truc H et al. Op. Cit. p 39.

Mais à ce concept de travail émotionnel, et donc de construction d'une identité professionnelle modulable et régulatrice d'émotions, il convient de rajouter une nuance. A force de moduler, d'ajuster constamment son expression, on peut imaginer que nos émotions véritables restent refoulées, sans pouvoir être évacuées. Il risque alors de poindre ce qu'Angelo Soares appelle une « *dissonance émotive et sa conséquence, l'impression de ne plus être vrai, de ne plus être authentique*<sup>31</sup> ». Et le risque évident d'épuisement professionnel, voire de dépression. A force de dépersonnaliser ses interactions et d'endosser différentes identités il peut y avoir une fusion de ces identités de travail avec sa propre personnalité, « *jusqu'à se perdre de vue...* »

D'où l'évolution de ce concept de travail émotionnel en intelligence émotionnelle qu'ont définis Peter Salovey et John D. Mayer<sup>32</sup> : c'est un sous-ensemble de l'intelligence sociale qui consiste en la capacité d'identifier, de comprendre et « *de contrôler ses sentiments et ses émotions ainsi que ceux des autres, de les discriminer et d'utiliser cette information pour orienter sa pensée et ses gestes* ». Ils l'ont affiné en 1997 : ce serait « *l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* ». Ils identifient quatre habiletés : la perception émotionnelle (perception de ses émotions et leur expression correcte face aux autres), l'assimilation émotionnelle (distinguer les émotions ressenties et reconnaître celles qui influencent la pensée), la compréhension émotionnelle (comprendre des émotions complexes et les transitions entre elles) et enfin la gestion des émotions (vivre ou abandonner une émotion selon la situation).

Daniel Goleman, psychologue et journaliste scientifique a travaillé sur cette intelligence émotionnelle et proposé des précisions<sup>33</sup> :

- la conscience de soi permet de comprendre ses émotions pour guider nos décisions
- la maîtrise de soi et de ses émotions permet de s'adapter à la situation

---

<sup>31</sup> Soares A. La charge émotive du travail infirmier. In : Objectif prévention. 2000 ; n° 2 vol.23 : 10

<sup>32</sup> Salovey P, Mayer J. Emotional intelligence. [En ligne]. Disponible sur [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf). Consulté le 27 avril 2014.

<sup>33</sup> Goleman D. L'Intelligence émotionnelle: Comment transformer ses émotions en intelligence. Paris: Editions Robert Laffont ; 1997, 421 p



- la conscience sociale permet de ressentir les émotions d'autrui et d'y réagir (l'empathie en somme)

- la gestion des relations permet de favoriser le développement d'autrui en le guidant et gérant les conflits

C'est donc une gymnastique d'identification des émotions personnelles et celles de l'autre (d'où l'importance de l'empathie à ce niveau), de régulation des émotions et surtout de réutilisation de ces émotions de manière créative et motivante. Certains de ses développements ultérieurs incluaient des éléments tels que la motivation ou la prédiction de réussite sociale. Nous les occulteront car ils ne semblent pas faire l'unanimité pour les scientifiques, qui trouvaient là un côté trop « développement personnel » à but commercial et peu scientifique.

Outre l'introduction d'une certaine satisfaction personnelle au travail, cette intelligence émotionnelle a comme avantage d'améliorer la relation soignant-soigné, par son authenticité et son implication relationnelle.

#### d. La relation de confiance

##### i. Définition

Vincent Mangematin utilise une phrase forte pour tenter de définir la confiance. En effet il estime que faire confiance c'est accepter « *de s'exposer à l'opportunisme de l'autre*<sup>34</sup> ». Il rappelle les trois formes de confiance telles que l'a défini L Zucker :

- confiance **intuiti personae** : celle accordée aux membres d'un même groupe, non marchandable, intuitive et dont la disparition induit l'exclusion de ce groupe.

- confiance **relationnelle** : interpersonnelle, elle implique de croire en l'autre. Des éléments constants permettent de l'engendrer ou la maintenir (mécanismes de don/contre don, le partage d'une vision commune, stabilité de l'organisation de cette échange...).

---

<sup>34</sup> Mangematin V. Confiance. In : Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, sous la direction de Formarier Monique et Jovic Ljiljana, ARSI. Lyon : éditions Mallet conseil : 118.

- confiance **institutionnelle** : c'est la structure elle-même, son organisation formelle qui est le ciment de cette confiance.

A chacune de ces formes de confiance, on peut utiliser des leviers qui permettent d'améliorer les rapports et renforcer cette relation, comme le précise Florence Michon<sup>35</sup> en rappelant le psychologue Alain Duluc : des **leviers personnels** (sympathie, compétence, présence, conscience de soi...), des **leviers relationnels** (amabilité, coopération, honnêteté, valorisation, dynamisme...) et des **leviers organisationnels** (reconnaissance, participation, responsabilisation, transparence, humanisme...)

Quand à la relation, on peut la définir comme une succession d'interactions permettant de maintenir un lien entre deux personnes. Il y a donc une notion de continuum, de temporalité. Mais comme le rappelle Monique Formarier<sup>36</sup> si la notion d'interaction « *suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine* ». L'auteur revient par exemple sur la conception des soins de l'école de pensée de Virginia Henderson qui est basée sur la satisfaction des 14 besoins et qu'elle considère comme réductionniste dans le sens où elle standardise les interactions entre soignants et patients, où derrière un besoin objectivé exprimé se cache souvent un désir plus flou, plus intime.

## ii. Les limites de la confiance

Le risque existe alors d'intellectualiser cette relation de confiance, de la considérer comme une évidence et d'apparition instantanée dans un contexte de soin. Il faut alors nuancer la notion de confiance qu'accorde le patient aux soignants. En effet dans certaines circonstances, si le patient n'a pas le choix de l'hospitalisation, il doit accorder sa confiance par défaut : « *Dans une situation où les patients se trouvent souvent dépendants du savoir des soignants, recevoir leur confiance ne relève pas*

---

<sup>35</sup> Michon F. La confiance, un levier de la qualité des soins. Soins. Octobre 2013 ; volume 58 n° 779 : 37.

<sup>36</sup> Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers. 2007/2 ; N° 89 : 34.

*d'un réel choix, puisqu'il n'existe pas d'autre alternative pour eux que d'entrer dans la relation proposée par les soignants et ainsi de bénéficier de soins*<sup>37</sup> ».

Certains auteurs (Bonnie M. Hagerty et Kathleen L. Patusky) estiment qu'il est important aujourd'hui de relativiser l'importance accordée à la confiance comme base de la relation soignant soigné. En effet l'environnement hospitalier de plus en plus technique et les contraintes actuelles de temps passé auprès des patients peuvent bouleverser les modèles enseignés jusqu'à présent. Selon eux il serait ainsi plus judicieux de promouvoir un « *ancrage relationnel autour du but poursuivi par les patients et soignants lorsqu'ils entrent en relation*<sup>38</sup> », à savoir la lutte contre la maladie. Les professionnels que j'ai rencontrés évoquent en effet la réussite d'une relation de confiance lorsque le patient accepte le soin et en perçoit les bénéfices futurs.

### iii. La confiance comme gage d'humanité

C'est donc aux soignants de prendre en compte cette différence de place et d'agir en conséquence, c'est-à-dire de reconnaître que le soigné est dans une « *relation complémentaire basse à l'égard du thérapeute, qui lui est placé dans une position haute*<sup>39</sup> ». Ceci est vrai dans la plupart des cas. Mais selon ces auteurs c'est à nous de faire reconnaître au patient ses propres compétences qui lui permettront de trouver la voie de la guérison. Le remettant ainsi en position haute, et en alternant ce type de position, ce « *mandat* » qu'il a placé en nous au début de la relation circule et permet une véritable coopération et par là même une relation de confiance.

Mandat qui naît des circonstances, car comme nous l'avons vu, un patient qui se trouve en position de vulnérabilité, risque de donner sa confiance par défaut. Et c'est de cette vulnérabilité que naît l'espérance que le soignant puisse accomplir des actions importantes pour le patient. Il accordera alors sa confiance non pas sur une qualité purement technique des soins mais plutôt sur les capacités d'écoute et de bienveillance du soignant.

---

<sup>37</sup> Bignoni C, Marchand P. Le soin relationnel, un modèle à questionner. Soins. Juin 2012 ; n°766 : 18.

<sup>38</sup> Id. p19

<sup>39</sup> Vasseur A, Cabie M.C. La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. Recherche en soins infirmiers. 2005/3 ; n° 82 : 45.

Selon Dominique Phanuel et Françoise Hamon-Mekki « *il faut distinguer la confiance relationnelle, reposant sur l'honnêteté du personnel et la confiance rationnelle, reposant sur la compétence perçue*<sup>40</sup> ». La relation de confiance dépend donc de l'information délivrée, tout autant que de l'attitude et du comportement empathique du personnel. Et c'est cette capacité empathique du soignant de répondre à la souffrance du patient, cette compassion au sens de disponibilité selon Levinas, qui est une marque de la confiance qu'on accorde aux infirmiers. Certains infirmiers rencontrés évoquent ainsi la réussite de cette relation lorsque la communication reste de qualité.

De par cette situation de soins, l'engagement peut se comparer à ce que Marcel Mauss a défini comme le don-contre don. C'est-à-dire un geste qui n'a pas nécessairement de but personnel, mais qui oblige l'autre à répondre par un contre-don, même s'il n'est pas immédiat. Cette perte, car c'en est une, engage donc une partie de soi envers l'autre. Ce retour, ou du moins cet engagement implicite, cimente alors le rapport à autrui. La valeur ne compte pas, l'acte d'engagement est le facteur de relation. Mais s'il est engagement, il implique de la confiance : « *le don est indubitablement un acte de confiance dans le sens où la réciprocité conserve toujours un caractère aléatoire. L'être se jouant dans la relation, nous choisissons avec beaucoup de prudence nos donataires et nous donnons beaucoup plus facilement dès lors que nous avons confiance, terme signifiant étymologiquement une « foi (en l'autre) partagée*<sup>41</sup> » ».

Au final il apparaît qu'une relation de confiance ne peut naître que si l'on s'investit « *avec son corps, sa parole et son affectivité*<sup>42</sup> ». Il y a forcément une part personnelle que l'on met en tant que soignant, cette part qui reconnaît l'autre dans sa souffrance et qui nous pousse à créer un climat de confiance qui repose ainsi sur « *le sentiment et l'expérience d'une humanité partagée*<sup>43</sup> ». Les infirmiers me l'ont bien

---

<sup>40</sup> Phanuel D, Hamon-Mekki F. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. Soins. Octobre 2013 ; n°779 : 31.

<sup>41</sup> Bourgeon D. Le don et la relation de soin : historique et perspectives ....Recherche en soins infirmiers. 2007/2 ; N° 89 :6.

<sup>42</sup> Manoukian A, Masseur A. La relation soignant soigné. Paris. Editions Lamarre ; 1995. p9.

<sup>43</sup> Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité. Éthique et Santé. Mai 2004 ; Vol 1, n° 2 :60.

dit, si le patient se confie, c'est qu'il a reconnu notre part d'humanité, de sentiment. La confiance est bien là et le pari est gagné.

Le patient nous offre sa vulnérabilité, à nous de lui offrir notre savoir-être.

## 5. Synthèse

Ma question de départ cherchait à faire état du lien qu'il peut y avoir entre distance thérapeutique, maîtrise des émotions et relation de confiance avec un patient schizophrène. Je me suis rendu compte, par l'intermédiaire des propos des infirmiers rencontrés, mais aussi de la revue de littérature, que cette distance « juste » est bien sur physique, mais que les affects y sont clairement importants. Il me semble alors plus judicieux de considérer l'importance des émotions dans la relation de confiance. Celle-ci ne peut aussi naître que parce que les deux protagonistes apportent une part d'eux même, et pas seulement leur statut « institutionnalisé ». Mais comme me l'a fait remarquer le premier IDE interrogé, ce qui est important c'est que ce soit le patient qui ait confiance en nous, et moins l'inverse, pour que cela soit thérapeutique.

S'il apparaît donc que le soignant doive mettre de lui-même dans cette relation, il est par contre nécessaire, au vu des IDE interrogés comme de la littérature, de ne pas se perdre dans ce don à l'autre. 'Mettre de soi, mais pas complètement soi' semble être le plus raisonnable.

Se pose alors la question de savoir ce qu'est ce « soi » que l'on investit. Cette recherche de l'investissement adapté, il faut probablement l'axer vers ce concept d'intelligence émotionnelle qui semble être le bon compromis.

Ma réflexion et tout ce travail de recherche m'amène donc à poser une hypothèse de recherche plus précise à savoir :

**« La gestion de ses émotions par une forme d'intelligence émotionnelle est le gage de la confiance que peut avoir un patient schizophrène envers le soignant »**

## Conclusion

Si la situation de départ m'a fait me poser des questions peut être un peu « naïves » sur les relations développées avec un patient schizophrène, au fil de mes recherches et de mes rencontres j'ai réalisé qu'il fallait se construire une posture où l'on offre de nous au patient, mais seulement en qualité de soignant.

Au final, la distance thérapeutique n'est rien sans une maîtrise de ses émotions, qui semble aller au-delà de la simple empathie, vers cette intelligence émotionnelle qui permet de savoir quoi en faire. En ce sens, si certains professionnels évoquent une absence de place laissée aux émotions dans leur relation à ces patients, j'estime pour ma part devoir les revendiquer. Mais il est évident, et c'est peut être finalement ce qu'ils ont voulu exprimer, que l'on ne doit pas devenir esclave de ses affects, au risque de perdre sa fonction de soignant, et de se perdre soi même.

Ce travail de recherche, outre ses éclairages théoriques enrichissants, m'a donc permis de mettre des mots sur des attitudes qui naissent en moi depuis le début de la formation. Et c'est d'ailleurs ce que j'ai finalement réalisé récemment : plutôt que d'être systématiquement dans le contrôle de ses émotions (quelques part de les étouffer...) il est plus intéressant d'accepter ce que l'on ressent pour pouvoir le transformer en quelque chose de positif.

C'est une prise de conscience qui n'a pas été facile, et j'ai mis un certain temps pour l'accepter au fil de ce travail. Comme l'on souvent souligné les professionnels que j'ai rencontré, en psychiatrie, il faut du temps. Et bien pour faire mûrir une réflexion sur un sujet ayant trait avec la psychiatrie, il faut du temps aussi.

Un élément qui revient fréquemment dans les pratiques en psychiatrie, c'est le support de l'équipe : dans des circonstances difficiles, si l'on se sent dépassé par ses affects et que la confiance avec le patient va se perdre, tous feront appel à leurs collègues pour prendre le relais. Il y a là une dynamique qui pourrait être enrichissante d'explorer dans le cadre d'une autre recherche, à savoir quel est l'importance du recours à l'équipe pour conserver une relation de confiance et thérapeutique avec un patient schizophrène.

Mais ceci nécessiterait de faire un autre travail de fin d'études...

## *Bibliographie*

### Thème de la schizophrénie

- 1- Merklin, J, Langefeld S. Processus psychopathologiques. Unité d'enseignement 2.6. Paris : éditions Elsevier Masson ; 2011, 286 p. (collection Les essentiels en IFSI ; n°9).
- 2- Rivallan A. La relation soignant-soigné en psychiatrie. Soins. Mars 2013 ; vol 58, n°773 : 41-43.
- 3- Ochoa D, Gilabert F et Papillon C. L'atelier insight, une autre approche de la schizophrénie. Soins psychiatrie. Novembre/décembre 2009 ; n°265 : 28-32.

### Thème de la distance thérapeutique

- 4- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>
- 5- Michon F. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. Soins. Mars 2013 ; n°773 : 32-34.
- 6- Ouharzoune Y, Agrech C. Techniques de soins en psychiatrie. 2 ème édition. Editions Lamarre ; 20 juin 2005, 155 pages (collection les fondamentaux étudiants IFSI).
- 7- Liégeois M. Distance thérapeutique. Serpsy [En ligne]. Disponible sur : <http://www.serpsy.org/detour/distance.html>. Consulté le 07 septembre 2014.
- 8- Bourdeaut F. Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. Ethique et santé. 2006 ; no3 : 133-137.
- 9- Narfin R. Transfert et contre-transfert. La revue de l'infirmière. Décembre 2011 ; vol 60, n° 176 : 49-50.
- 10- Prayez P. Distance professionnelle et qualité du soin. 2e édition. France : Lamarre ; 2009. 287 p. (Fonction cadre de santé).
- 11- Mallem E. La distance professionnelle. Objectif soins. 2005/05 ; n° 136 : 22-23.

## Thème des émotions

- 12- Fernandez L. Emotion. In : Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition. Sous la direction de Fourmarier M et Jovic L, ARSI. Lyon : éditions Mallet conseil : 164-167.
- 13- Godart E. L'empathie un juste milieu entre la clinique et l'éthique du quotidien. Soins psychiatrie. Septembre/octobre 2009 ; n° 264 : 35-38.
- 14- Jorland G. Empathie et thérapeutique. Recherche en soins infirmiers. 2006 ; n°84 : 58-65.
- 15- Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Recherche en soins infirmiers. 2009/3 ; n° 98, 28-31.
- 16- Forsyth G. Analyse du concept d'empathie-illustration d'une approche. Recherche en soins infirmiers. 1999 ; n°58, 46-53.
- 17- Truc H et al. Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. Recherche en soins infirmiers. 2009/2 ; n° 97 : 34-49
- 18- Soares A. La charge émotionnelle du travail infirmier. In : Objectif prévention. 2000 ; n° 2 vol.23 : 10-11
- 19- Salovey P, Mayer J. Emotional intelligence. [En ligne]. Disponible sur [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf). Consulté le 27 avril 2014.
- 20- Goleman D. L'Intelligence émotionnelle: Comment transformer ses émotions en intelligence. Paris: Editions Robert Laffont ; 1997, 421 p.

## Thème de la relation de confiance

- 21- Mangematin V. Confiance. In : Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition. Sous la direction de Formarier M et Jovic L, ARSI. Lyon : éditions Mallet conseil : 118-120.
- 22- Michon F. La confiance, un levier de la qualité des soins. Soins. Octobre 2013 ; volume 58 n° 779 : 37.



- 23-Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers. 2007/2 ; n° 89 : 33-42.
- 24-Bignoni C, Marchand P. Le soin relationnel, un modèle à questionner. Soins. Juin 2012 ; n°766 : 18-19.
- 25- Vasseur A, Cabie M.C. La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. Recherche en soins infirmiers. 2005/3 ; n° 82 : 43-49.
- 26- Phanuel D, Hamon-Mekki F. La relation pour instaurer la confiance dans les soins. Soins. Octobre 2013 ; n°779 : 30-31.
- 27- Bourgeon D. Le don et la relation de soin : historique et perspectives ... .Recherche en soins infirmiers. 2007/2 ; N° 89 :4-14.
- 28- Manoukian A, Massebeuf A. La relation soignant soigné. Paris. Editions Lamarre ; 1995. 157 p.
- 29- Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité. Éthique et Santé. Mai 2004 ; Vol 1, n° 2 :60-63.

# Annexe 1 Guide d'entretien

## Présentation

Bonjour et merci de m'accorder de votre temps pour cet entretien.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je réalise une enquête dans le domaine de la santé mentale, plus particulièrement sur la **relation** entre un(e) **infirmier(e)** et un patient **schizophrène**.

Avec votre **permission**, je souhaite **enregistrer** notre conversation pour rester **fidèle** à votre témoignage lors de la retranscription.

Bien entendu votre témoignage sera **anonyme** et doit durer environ 20 minutes.

---

Données sociodémographiques : Sexe \_ Nombre d'années d'exercice en psychiatrie \_\_\_\_\_

## Thème : distance thérapeutique

1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?
2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

## Thème : Maitrise des émotions

3. Quelle **place** laissez vous à **l'affectif** dans cette relation ?
4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?
5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

## Thème : Relation de confiance

6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?
7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

## Conclusion

Je vous remercie encore de m'avoir accordé du temps afin de faire avancer mon projet ainsi que ma future posture professionnelle

## Annexe 2 Entretien IDE N°1

Cet entretien a été fait avec un infirmier diplômé depuis 29 ans et ayant près de 20 ans d'expérience dans le secteur de la psychiatrie. Il exerce depuis le début dans un service d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

Alors déjà ce qui est bien c'est de préciser que cela concerne les patients atteints de schizophrénie car c'est sûr que la façon de s'exprimer et le contenu peuvent être très très différents. Par rapport à un patient schizophrène ce qu'il faut c'est surtout éviter d'être trop intrusif. Par exemple un patient schizophrène si tu le dévisages, si tu es trop proche de lui ce n'est pas bon. Il ne faut pas se mettre derrière lui, il ne faut pas le regarder durablement et directement dans les yeux. Il faut montrer que tu le regardes un petit peu mais surtout tu ne reste pas figé ton regard dans son regard. C'est très très important.

Et puis avec un schizophrène il faut éviter de parler trop vite. Moins, tu vois, j'ai tendance à parler trop vite. Il faut parler lentement. Il ne faut surtout pas montrer un ton passionnel. Il faut quelque chose de neutre. Neutre, mais bienveillant. Distant, mais bienveillant. Il faut aussi éviter de faire des phrases trop longues.

Là où c'est difficile de juger de la distance thérapeutique c'est au moment des toilettes. C'est un moment, une situation, selon l'état d'esprit du patient selon son passé, selon ce qu'il a dû vivre dans son enfance... enfin ce que j'essaie de te dire c'est qu'en psychiatrie, tant qu'il n'y a pas de danger sanitaire, de grosses épidémies, en dehors de ces choses-là moi je considère que je ne dois pas forcer les schizophrènes pour qu'ils se lavent tous les jours et du côté que le regard du soignant soit tous les jours sur lui dans quelque chose qui est de l'ordre de l'intime. Mais par contre bien sûr il ne faut pas tomber dans l'extrême inverse c'est-à-dire deux ou trois fois par semaine il y a un moment... ou même parfois on peut définir des objectifs avec eux. On met quand même une petite pression parce qu'il peut y avoir des soucis d'hygiène. C'est quelque chose qu'il faut doser en fonction de ce que l'on sent, de ce que le patient nous dit où nous fait sentir parce que des fois ils ne sont pas capables de nous le dire. Bon là c'est sûr que la distance, c'est un moment où il faut jauger presque seconde par seconde « est-ce que je suis trop intrusif ? » ou « est-ce que je suis trop laxiste et trop distant ? ». C'est quelque chose comme quand on conduit dans un virage, ce virage il peut être long ou en

courbe et qu'on jauge en permanence, on tourne le volant un peu plus ou un peu moins pour rester sur la route.

Alors on y arrive de temps en temps mais c'est vrai que c'est pas une situation facile à ce niveau-là. Un des objectifs avec un patient schizophrène c'est de gagner sa confiance. Et que cette personne soit bien consciente qu'on est là pour être bienveillant avec elle mais que là on est dans un lieu public, dans un lieu collectif et que on est là aussi pour faire respecter certaines bases de la vie collective et donc une hygiène corporelle minimale. Et puis on est là aussi pour les protéger. Parce que les patients schizophrènes sont fragiles et risquent de se faire manipuler.

C'est à jauger, à rejauger, on est constamment en train de trouver le juste milieu. Il faut que nous aussi on n'ait pas de comportement trop obsessionnel. Et moi je sais que très souvent je suis tombé dans ce travers, le danger c'est d'être trop obsessionnel. C'est-à-dire que, et ça part d'un bon sentiment de se dire je veux bien faire. Et au contraire ce n'est pas thérapeutique. Ça risque de l'énerver, de le mettre en colère, de l'angoisser et que par exemple on ne peut pas exiger d'un schizophrène que son placard soit nickel, que sa chambre soit hyper propre. Ce qu'il faut c'est user de diplomatie pour que ça soit pas trop sale mais sans lui mettre la pression pour que tout soit au carré. Pour lui c'est de l'ordre de l'impossible et puis c'est intrusif.

Là, la distance thérapeutique est à ressentir perpétuellement. Toutes les quelques secondes il faut se dire est-ce que je ne suis pas trop obsessionnel trop intrusif, ça c'est vraiment très important.

## 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « juste » ?

Alors ça, autant il ne faut pas fixer les yeux dans les yeux un patient schizophrène ça va le perturber, autant il faut regarder ses mimiques, ses gestuelles. Ce qui est intéressant c'est de le faire sourire. Quand un patient te dit vous me faites rigoler, pour un patient schizophrène c'est plutôt bon. Si tu arrives à le faire rire, bien sûr sans que cela soit au détriment du patient, toi par ta posture, le schizophrène va se dire houlà cet infirmier..., mais finalement il va se sentir rassuré.

Après, un autre aspect de la distance thérapeutique, c'est par rapport aux convictions. Quelles que soient les convictions philosophiques, politiques, spirituelles, on ne doit pas faire de prosélytisme. On ne va pas se promener par exemple avec un badge du syndicat. Par exemple certains patients qui sont paranoïaques notamment sur les religions moi je leur dis on est ici dans un établissement public qui respecte les valeurs de la république, liberté égalité et

fraternité, mais aussi une notion de neutralité. Et on ne doit pas dire si on est membre d'une religion ou pas, membre d'un syndicat ou pas. Mais notre boulot c'est qu'on doit respecter toutes les croyances, ça c'est très important. Et même par exemple ici on est dans une ville de football et je ne dois pas venir avec un tee-shirt de l'OM, ou même de l'équipe de France. En fait il faut rester neutre. Et donc si un patient nous parle de ses convictions, on l'écoute mais par contre on ne doit pas donner un avis, une appréciation philosophique, politique, ou religieuse.

Par contre aussi à mon sens il manque une notion de nuances dans notre société actuelle. Pour un patient schizophrène ils vont moins dire leurs convictions mais quand ils le disent il faut leur répondre : « j'entends ce que tu me dis, je ne suis pas sourd, je mémorise ce que tu me dis, je n'ai pas de réponses toutes faites par contre je suis tout à fait d'accord qu'on en rediscute plus tard ». En fait il ne faut pas trop coller aux propos du patient on peut lui dire que c'est intéressant, que cela a une valeur.

En fait il ne faut pas être prisonnier de l'instant présent. Un gros défaut de la psychiatrie actuelle, et même de la société globale, c'est qu'ils sont prisonniers de l'instant présent. Ils sont devenus impatients au lieu de patient. Ça devient effarant. La culture du passé avait beaucoup plus de place, je me souviens, et puis il y avait une prospective sur l'avenir, la science-fiction, la conquête de l'espace il y avait une projection dans l'avenir qui était énorme et un gros travail sur le passé. Aujourd'hui on est passé à une société scotchée dans l'instant présent avec très peu de regard sur le passé, très peu de prospective sur l'avenir. Quand on peut s'affranchir de cela s'est bien, mais les patients schizophrènes qui n'ont pas forcément les moyens financiers ou psychiques de le faire, c'est dommageable pour eux. C'est pour cela qu'il faut finalement un peu les projeter dans l'avenir, ça le libère de sa prison de l'instant présent, ça lui montre que l'infirmier l'écoute, que l'infirmier le comprend et mémorise ce qu'il a dit. S'il est un peu dissocié ça peut lui permettre de se restructurer un peu, et là je me dis que j'aurai bien agi thérapeutiquement. Et cela tout en gardant une distance temporelle justement.

Finalement la distance thérapeutique ce n'est pas que ce que je disais tout à l'heure la distance physique, qui est importante, mais aussi la distance dans le temps. Pour revenir sur la distance physique il faut voir comment il réagi, voir s'il est content, et il ne faut pas aller vite. Bon, donc distance thérapeutique dans ce que l'on dit, distance thérapeutique dans l'espace, mais aussi distance thérapeutique au niveau temporel ça c'est très important.

### 3. Quelle **place** laissez vous à l'**affectif** dans cette relation ?

Moi je pense qu'il faut laisser une petite place, que trop neutre, un visage trop peu expressif, et puis un discours trop lisse ce n'est pas suffisamment thérapeutique. Par contre il faut là aussi bien jauger, il ne faut pas tomber dans l'autre extrême. Il faut éviter tout ce qui peut être trop passionnel, les mimiques trop fortes. Il faut moduler sa voix, éviter de parler trop bas, de chuchoter, ça peut les stresser.

Il faut aussi essayer de voir ce qu'on peut mettre d'humour, un peu d'émotion, mais par contre l'humour doit toujours rester bienveillant. Et a fortiori avec les schizophrènes. Il faut qu'ils sentent de la franchise, que l'infirmier soit loyal mais aussi prévisible. Ce qui est très important aussi c'est que le schizophrène sache un peu les caractéristiques de l'infirmier, il ne faut pas le décevoir.

#### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Quand tu as commencé une prise en charge avec un schizophrène, au début avec les émotions il faut être assez neutre avec bien sûr une immense politesse et un respect énorme. Et petit à petit il faut essayer de trouver un moyen de faire de l'humour. Et aussi de temps en temps ce qui est bien c'est de trouver un détail en commun. Je pense que parfois c'est dans ces petites futilités que l'on accroche.

Ce qui est bien c'est cette connivence spontanée qui se crée, et ça c'est super bon. Par exemple au niveau musical, on peut discuter de goûts musicaux. Et là le patient il peut beaucoup parler, ou même de ne plus parler, mais la tu sens qu'il respire, parce qu'il se dit voilà, moi je suis hospitalisé ici, je ne comprends pas ce qu'il m'arrive, mais là tu vois le patient il a trouvé une balise. Cela le rassure, c'est un point d'ancrage.

Ce n'est pas vraiment une forme de complicité. Il faut que ça se rapproche de la complicité mais si c'est trop tu perds un peu en distance thérapeutique. C'est-à-dire qu'il faut à la fois que le patient comprenne que c'est plus une forme de partenariat pour un processus de soins, même s'il ne conceptualise pas trop ce que c'est. Il faut que tu sois un accompagnant, un partenaire.

#### 5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

Le risque c'est qu'à ce moment tu n'es pas assez dans la distance. Ce qu'il y a c'est qu'avec un schizophrène s'il te considère comme un phare, comme une personne ressource, il

va se rapprocher de plus en plus de toi. Il va te demander de plus en plus et que à ce moment-là quand tu lui diras « je ne peux pas, je suis pressé, tu m'en demandes trop », c'est une déchirure une déflagration au fond de lui. Et à ce moment là il peut se faire du mal ou te faire du mal à toi.

C'est pour ça qu'il ne faut pas être dans le « oui » tout de suite ou dans le « non jamais ». Avec un schizophrène le mot jamais il ne faut pas l'employer. C'est vrai que les premiers temps avec un schizophrène on peut avoir l'impression que ça accroche bien avec toi. Et très lentement, de jour en jour, il se rapproche de toi, il te demande plus en plus et le jour où tu n'es pas disponible c'est le cataclysme. Je me souviens quand j'avais démarré, j'étais jeune, j'avais l'impression d'avoir un salaire, une mission, je voulais être bienveillant au maximum avec les patients. Je pensais qu'il fallait être vachement à l'écoute de leurs demandes et je manquais de nuances justement. Je me souviens qu'il y avait un schizophrène âgé et les premiers jours il m'observait et puis il vient vers moi et me demande un sucre. Et puis il venait de plus en plus souvent, de façon plus rapprochée pour me demander ce sucre et à un moment je lui ai dit que je ne pouvais pas lui donner du sucre trois fois par heure. Il est allé se cacher derrière la porte et attendait que je passe pour me donner un coup... En fait dès le début j'aurais dû lui dire « on en discutera du sucre tout à l'heure ».

C'est pour cela qu'il faut parfois différer. On travail tout le temps en jugeant, en évaluant. En se demandant toujours « qu'est-ce que je peux répondre à ce patient » mais avant il faut lui répondre toujours qu'on a entendu sa demande.

## 6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Ce qui est important c'est que lui soit en confiance, pas tant toi. Bien sûr il y a l'effet miroir. Il faut faire attention avec les patients schizophrènes : parfois quand j'ai beaucoup de choses à faire je réponds au patient comme s'il n'était pas schizophrène, en le mettant face à la réalité, ou en montant un peu le ton, ce qu'ils n'arrivent pas à conceptualiser à cause de leur dissociation. Donc de temps en temps il faut se départir un peu de cela, il faut trouver un dérivatif.

Il faut aussi montrer au patient qu'on a confiance en lui. Même chez un patient en qui on n'a pas trop confiance, tant pis, on fait un truc un peu théâtral en disant « j'ai confiance en toi ». Mais on sent qu'en lui disant ça on arrive un peu à l'apaiser. Voilà nous on doit montrer qu'on a confiance en notre patient, tu vois, pour créer les conditions afin qu'il ait confiance en

nous. Et donc un des premiers moyens de gagner leur confiance c'est par la bienveillance, par l'écoute et par la qualité des relations.

Mais par contre une fois qu'on a gagné sa confiance il faut s'en rendre digne. Il faut que le patient ressentent qu'on est une personne ressource fiable. C'est-à-dire mettons qu'on lui dise d'ici ce soir je réponds à ta question il ne s'agit pas de le laisser sans rien d'ici le soir, je me dois de lui dire. Il faut respecter ses promesses c'est un truc de base.

## 7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

C'est vrai que pour moi les cours infirmiers c'était il y a 29 ans.... Mais quel signe, comment faire et ne pas faire par rapport à un schizophrène... mais nous on n'est pas tout le temps en train d'intellectualiser les choses et de temps en temps c'est spontanément, comme dans la vie quotidienne : le feeling. Tout est évocateur : le timbre de la voix, ce qu'il te dit, quelle expression corporelle il a. Tout a un sens, et tous nos sens sont en dialogue. Ce que l'on voit sans trop regarder directement le patient, qui montre qu'on le voit, qu'on est là.

Sinon quand a-t-on gagné sa confiance ?... C'est spontanément que l'on voit qu'il tient pour argent comptant ce qu'on lui dit. Que nous quand on va s'exprimer vis-à-vis de lui il y aura un effet qui montrera que ça y est, il nous tient pour un interlocuteur de confiance. C'est un truc que l'on ressent plus, on n'a pas de grille d'observation. Bref c'est du feeling. Dans notre boulot ce qui est ultra nécessaire c'est d'être attentif, disponible, sans forcément dire oui tout de suite.

Un des critères aussi c'est quand il y a une sociabilisation minimum. Quelqu'un qui n'a pas confiance il ne se sociabilise plus, il s'enferme dans sa chambre ou alors il a des comportements destructeurs, violents ou de fugue. Quand il se sociabilise plus il reste dans le cadre de ce qui a été convenu dans les entretiens avec les docteurs, là tu peux te dire que la confiance elle est tangible.



## Annexe 3 Entretien IDE N°2

Cet entretien a été fait avec une infirmière diplômée depuis 12 ans et ayant près de 10 ans d'expérience dans le secteur de la psychiatrie. Elle a exercé dans des services d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique de plusieurs villes et est actuellement en poste au sein de l'AP-HM.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

Ça dépend déjà du lieu moi je trouve, c'est-à-dire que j'utilise beaucoup le lieu, l'espace. Tu vois, un bureau, un lit, je mets une distance physique en utilisant l'espace. Voilà, ça pour moi c'est super important. Après... ça c'est du savoir être. Moi je vouvoie systématiquement les personnes et je les appelle par leur nom de famille, jamais le prénom. Toujours le vous, monsieur un tel, madame un tel, et le premier contact que j'ai avec le patient je me présente, je serre la main ou par ça dépend. Voilà cette distance je la mets dès l'accueil. Si un patient me tutoie, je lui dis gentiment excusez moi mais je préfère vous vouvoyer, et en principe ça passe. Après il y en a qui demandent qu'on les appelle par leurs prénoms, et bien tu respectes leurs truc, mais je dis leur prénom et je leur dis vous.

Et puis il y a les transmissions, les collègues qui te présentent un peu le patient, dans quel état il est quand tu vas le rencontrer.

### 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

Tu t'en rends compte quand il n'y a pas de transfert, quand il ne fait pas de transfert sur toi, la tu te dis que tu as réussi. C'est-à-dire quand il ne renvoie pas d'émotions fortes sur toi, de la colère, de l'agressivité, enfin tout ce qui est émotionnel. De l'amour aussi, voilà la distance aussi c'est ça. Tu vois quand il devient familier.

Et puis il y a ma position à moi, je croise les bras pour me protéger quand je sens que la distance est trop proche. C'est quelque chose qui est tout bête mais on le fait aussi dans la vie de tous les jours. Quand tu as besoin de te protéger, de mettre la distance le fait de croiser les bras, ta position, ça renvoie quelque chose, tu te ferme et l'autre en face de toi il ressent la distance qui s'installe. Après tu peux reculer d'un pas si tu sens que tu es trop près.

Quand tu sens que ça commence à déborder, tu change de sujet, tu distrais le dialogue actuel, et hop ça permet de bifurquer et de remettre une distance.

### 3. Quelle **place** laissez vous à l'**affectif** dans cette relation ?

Aucune. Enfin j'essaie de n'en avoir aucune. Mais c'est compliqué, c'est difficile.

### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Ce n'est pas évident à expliquer. C'est quelque chose que tu acquiers avec l'expérience. Par exemple tu respire, tu respire bien quand tu commence à ressentir des choses. Si le patient te renvoi des choses difficiles ça peut aider. Si je sens que ça commence à devenir trop difficile à l'entretien je coupe court. Et si je vois que ça se renouvelle qu'il n'y a pas de distance là j'en parle à l'équipe et je passe la main. Tu sais on est une équipe, on est complémentaires.

### 5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

Pour toi déjà le risque c'est que tu te laisse trop envahir. Tu rentre chez toi avec des questions, tu appréhendes après de revenir au travail. C'est super important.

Ensuite par rapport aux patients tu risque de ne plus être professionnel, plus objectif, trop investi et épuisé. Et là tu prends des risques avec la distance. Bon après c'est facile à dire... mais tu vas être le premier sujet de l'agressivité, de la violence devenir l'objet de persécutions tu vas être dans la ligne de mire quoi. Et tu peux être attaqué régulièrement, même psychologiquement parce que c'est vrai que les schizophrènes trouvent toutes les failles, ils arrivent à te mettre à mal à l'aise, ils sont super intuitif. Parce que c'est vrai que nous on les observe pour notre travail, mais eux aussi nous observent toute la journée parce qu'ils se concentrent sur nous. Ils arrivent à te dire des vérités sur toi alors que tu n'en as parlé à personne. D'ailleurs c'est pour ça qu'il souffre de la maladie parce qu'ils n'arrivent pas à faire le tri de ce qu'ils ressentent.

## 6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Ça veut dire qu'il se sent assez bien avec toi pour exprimer ce qu'il pense au plus profond de lui-même, il est dans la confiance. Oui c'est ça, il ne se sent pas jugé, il se sent à l'aise pour toute dire il ne va pas rester dans un discours plaqué. Et après de là tu pars sur une base d'authenticité et du coup tu peux travailler, tu peux vraiment travailler sur toute l'hospitalisation. Même en extra hospitalier, tu peux rentrer chez lui lors des visites à domicile, lui faire ses injections sans problème, lui faire admettre que le traitement c'est important et qu'il faut qu'il le prenne, lui apprendre des choses sur sa maladie. Tout par de là quoi.

Pour moi c'est l'accueil qui est très important déjà. La relation de confiance elle commence dès l'accueil. Si tu a un mauvais contact dès le départ tu peux tout essayer après tu n'arriveras à rien, c'est mon avis professionnel. Tout part de l'accueil : le sourire, se présenter, tu dois dégager un truc positif, accueillir quoi dire vous êtes le bienvenu. Et après petit à petit ça se construit avec le temps. Il faut du temps en psychiatrie, il ne faut pas être pressé ça peut prendre un an, une semaine, cinq ans, c'est patient-dépendant.

## 7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

Ben pour moi c'est la confiance, quand il t'exprime sans pudeur ce qu'il ressent, ses délires, ses inquiétudes. Ses peurs aussi, son passé. A partir du moment où tu arrives à ce qu'il soit dans la confiance avec toi c'est qu'il a confiance. Bon après ça peut changer. Il peut avoir confiance et tu peux la perdre, c'est toujours sur le fil. Cela se travaille au quotidien.

Et puis après il y a un ressenti qui est complètement subjectif. Tu le ressens au fond de toi aussi.

Et c'est pas toujours des confidences, mais il vient te voir, il te demande des petits trucs. Alors souvent ça passe par du somatique aussi : il vient te voir pour te dire j'ai mal là, j'ai mal au dos alors c'est des petites choses comme ça alors tu lui donne un médicament et il est content alors il revient. Et après ça va vers des choses qui sont plus de l'ordre du psychique.

Puis il y a aussi des patients qui le verbalisent. Ils te le disent carrément j'ai confiance en vous, ça arrive. Mais pas trop chez les schizophrènes, ils ne l'expriment pas comme ça. Vu que la relation à l'autre est perturbée et qu'ils sont un peu dans une bulle et qu'ils sont centrés sur eux même.

## Annexe 4 Entretien IDE N°3

Cet entretien a été fait avec un infirmier diplômé depuis 1 ans et ayant 9 mois d'expérience dans le secteur de la psychiatrie. Il exerce dans un service d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

Alors moi personnellement je ne mets pas plus de distance thérapeutique avec un patient schizophrène qu'avec un autre patient. Parce que déjà j'ai un certain nombre de filtres par rapport à mon positionnement. Donc déjà tous les patients je les vouvoie et je les appelle par leur nom de famille. Ça me permet d'avoir encore deux filtres pour par la suite arriver à créer encore une nouvelle alliance thérapeutique c'est-à-dire que j'ai encore un stade dans lequel je peux vouvoyer le patient mais l'appeler par son prénom, ce qui permet de créer une proximité, et ce qui me laisse encore une autre marge qui est le tutoiement, que je réserve plutôt aux enfants aux adolescents.

C'est extrêmement rare si j'arrive au tutoiement, c'est une limite que je ne veux pas franchir, parce que même si on a une bonne ambiance avec le patient, pour autant il ne faut pas oublier que l'on est soignant et il faut garder une posture certaine.

### 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

C'est l'alliance du patient dans la relation soignant-soigné, du coup c'est ce qu'il me permet de pouvoir réajuster au besoin. Je pense que la mauvaise distance doit être propre à chacun, c'est celle que chacun se fixe. Moi elle commence à partir du moment où les relations commencent à me gêner, là j'estime que je ne suis plus dans la bonne distance. Au même titre, s'il y a trop de distance et que je n'arrive pas avoir une bonne adhésion du patient, là non plus je ne suis pas dans la bonne distance. Mais c'est vraiment en fonction de chaque situation et de chaque patient. C'est là que je pense qu'il n'y a pas vraiment une bonne situation, c'est vraiment évolutif avec un patient schizophrène si tu arrives ou non à avoir une adhésion, ou que tu deviens intrusif.

Tu vois il y a des collègues qui tutoient tous les patients, d'autres qui vouvoient après la quarantaine, ça dépend de chacun et de son ressenti.

### 3. Quelle **place** laissez vous à l'**affectif** dans cette relation ?

Aucune dans mon sens. C'est-à-dire que je reçois les émotions du patient, et ce qu'il a à donner mais je ne suis pas là pour lui donner mes émotions. Je travaille avec les miennes, je compose avec, mais je ne suis pas là pour les donner aux patients. Mais bon je reste un être humain, je ressens des émotions, et des situations peuvent m'interpeller plus que d'autres parce qu'elles font écho à quelque chose dans ma propre vie, mais pour autant je les laisse à l'intérieur, je ne les montre pas au patient. Ce n'est pas moi qui ai besoin d'aide, c'est lui.

### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Je pense que l'on n'y réfléchit pas, cela se fait automatiquement. Et je pense que c'est fortement aidé par ma posture professionnelle, et par ma volonté de garder cette distance. Par exemple le vouvolement dont on parlait tout à l'heure permet de ne pas tomber dans l'affect, et je pense aussi de se protéger. Parce qu'avec un patient schizophrène il faut arriver à se protéger car on reçoit énormément, donc c'est important d'arriver à mettre des filtres dans ce sens-là.

Ce qui ne veut pas dire pour autant que l'on n'est pas sensible ni à l'écoute du patient. Voilà, on reçoit mais il faut aussi arriver à se protéger.

### 5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

Ça ne m'est jamais arrivé de craquer ou d'exploser devant le patient. Dès que je sens que ce n'est plus gérable pour moi, je préfère donner la main. Ça reste encore le plus simple, et je préfère à la limite ne plus m'occuper du patient pendant un certain temps, et laisser redescendre la chose.

### 6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

C'est un enjeu, c'est primordial. C'est ce qui va permettre l'adhésion aux soins du patient, tout ce qui est l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement voilà. C'est important, on essaie de trouver des moyens d'y arriver. Comme par exemple un patient si tu connais ses goûts à l'extérieur, d'en parler ça peut aider à rentrer en relation. Après c'est important d'avoir cette relation thérapeutique, cette relation d'aide, tout est lié. Parce que sans ça on ne peut pas rentrer en communication avec le patient, c'est très compliqué d'avoir une accroche avec lui.

D'avoir cette relation de confiance dès le début, c'est primordial pour arriver à communiquer avec lui, sinon on devient le mauvais objet.

## 7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

Il y en a plusieurs. Il y a le comportement du patient vis-à-vis de toi, il y a le fait que quand ça ne va pas il soit capable de se livrer à toi, ça signe une relation de confiance. C'est visible aussi par la réassurance : un patient qui n'est pas en relation de confiance avec un soignant il ne répondra pas à la réassurance qu'on peut lui faire. Par rapport à la prise de traitement il peut être en blocage s'il n'a pas confiance. Voilà c'est tout un panel de choses qui font que si on est dans une bonne relation de confiance avec un patient, ça se voit de suite. Ça se voit dans sa posture, ça se voit dans sa façon d'agir, ça se voit dans les réponses qu'il va formuler si elles vont être pauvres ou riches.

Après ça se construit au fur et à mesure. Ce n'est pas comme en somatique où là le patient est dans un temps court. Là c'est différent parce qu'on a des entretiens, il faut arriver à accrocher le patient, il faut arriver à ce que notre parole ait un impact sur lui

## Annexe 5 Entretien IDE N°4

Cet entretien a été fait avec un infirmier diplômé depuis 20 ans et ayant 8 ans d'expérience dans le secteur de la psychiatrie. Il exerce dans un service d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

C'est une question assez vague... Il y a une part d'expérience, et il y a aussi le fait de connaître le patient. C'est souvent le cas avec les schizophrènes parce que c'est des patients lourds et chroniques. Du coup le contact est plus facile, même si ça c'est mal passé avant. Le fait de ne pas être en territoire inconnu pour les deux c'est plus facile.

Autrement avec les nouveaux patients schizophrènes, qui ont un peu plus la possibilité de se sentir intrusé que d'autres pathologies il faut y aller en douceur. C'est-à-dire que c'est rare que l'on tutoie le patient, et puis il faut expliquer les choses plus lentement. Parce que tu vois les patients schizophrènes, quand ils arrivent, forcément ils ne vont pas bien, ils peuvent être agressifs ou repliés. Donc il faut parler plus lentement, garder une distance physique ça c'est très important, pour tout le monde un peu mais d'autant plus pour ces patients. Et puis il ne faut pas trop dire de choses et lui donner quelques repères dans le temps et dans les lieux. Tu vois là je parle surtout de l'accueil mais c'est d'entrée qu'on introduit un peu la place de chacun.

Et après il y a aussi ce que lui te renvoie. Il y en a qui veulent communiquer et d'autres non. Après s'il y en a qui te demandent beaucoup de choses, c'est à toi de faire un peu le tri, répondre à certaines choses et d'autres à différer. C'est vrai qu'en psychiatrie une des premières choses qu'on devrait apprendre c'est d'apprendre à dire non. Mais c'est pas facile du tout, parce que dire oui tout le monde sait le dire, mais dire non, savoir comment le dire, c'est plus compliqué. Parce qu'en psychiatrie savoir dire non ça permet de les recentrer un peu.

Puis pendant l'hospitalisation, de deux choses l'une : soit c'est toi qui réduit la distance soit c'est lui. Si c'est toi, que tu t'aperçois ou que tes collègues te le font remarquer, ça doit t'interpeller, tu dois t'interroger est-ce que ça devient plus que professionnel. Alors on est des êtres humains ça peut arriver, entre guillemets, en mal comme en bien même si tu penses toi que c'est pour son bien. Mais en général du fait qu'on travaille en équipe tu peux te mettre un peu en miroir par rapport aux autres et ça t'aide à prendre du recul.

Après si c'est le patient c'est différent. Parce qu'il voit en toi et en l'institution une aide sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour des demandes. Et là selon les patients ça reste gérable ou pas et c'est là qu'il faut mettre une limite et une distance dans le sens où il ne faut pas mettre trop d'affect.

Aussi pendant les soins physiques c'est important de garder une neutralité. Ça passera mieux pour toi et pour le patient aussi. Parce que admettons avec une personne du sexe opposé, si ça commence à être un peu proche ou quoi, nous on est professionnels mais bon on reste des êtres humains... ça peut être délicat d'autant plus avec les schizophrènes qui ont une relation au physique encore plus délicate. D'où l'intérêt d'être neutre.

## 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

Ben pour revenir sur cette notion d'affect parfois c'est difficile. Parce que tu peux dire non à quelqu'un et si c'est quelqu'un qui a un sentiment pour toi et tu lui dis non, le non ne sera pas ressenti de la même manière. C'est toujours pareil, c'est bon objet- mauvais objet. Et chez un patient schizophrène il n'aura peut-être pas le recul de comprendre pourquoi tu as dit non. Et devant la frustration il est capable de devenir agressif, d'où l'intérêt de la distance. On n'est pas là pour être des copains, de la famille, on est là pour essayer de les soulager, de les accompagner. Il ne faut pas s'impliquer plus parce que ça devient délétère pour le patient et pour toi.

Du coup tu arrives avoir une bonne distance quand le patient tu arrives à le frustrer, quand tu arrives à lui dire non. Même sur des petites choses qui sont des détails mais pas forcément des détails pour eux.

## 3. Quelle **place** laissez vous à l'**affectif** dans cette relation ?

Après moi je ne me pose pas la question si c'est un schizophrène ou pas. J'essaie toujours d'être assez neutre avec tous les patients. Mais avec les schizophrènes c'est peut-être plus facile parce qu'ils ne sont pas trop dans l'affect. Alors c'est peut-être valorisant qu'un patient s'attache à toi mais le but du soin ce n'est pas ça. Avoir une relation de confiance cela l'aide à reprendre confiance en lui, ça c'est un plus, mais le but ce n'est pas que tu sois sa béquille, ce n'est pas notre rôle dans le cadre de ce type d'hospitalisation.



#### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Je crois que c'est le propre de l'humain que de ne pas maîtriser ses émotions quand on les ressent, à part si on est un maître zen... mais alors comment on fait pour maîtriser... après ça dépend si c'est une situation que tu vois arriver, là tu peux prendre de la distance. Mais des situations qui t'arrivent de manière imprévue c'est souvent de la violence, c'est pas tellement des démonstrations d'amour. Donc là pour gérer la violence, c'est un travail personnel... Bon c'est vrai qu'on devrait avoir des formations là-dessus, mais après c'est de repenser à la situation une fois que c'est passé. Voire même d'en parler avec les collègues de faire une sorte de débriefing même informel, parce qu'heureusement tu n'es pas souvent seul dans ces situations là. Cela t'aide un peu parce que les autres te renvoient un truc avec un peu de distance. Et après tu y repense pour analyser ce qu'il s'est passé, sans se culpabiliser, comprendre comment ça s'est enchaîné.

Après c'est aussi un caractère personnel, ça te fais travailler sur toi. Mais c'est comme tous les métiers qui sont confrontés au public, nous un peu plus parce qu'on rentre un peu plus dans l'intimité des gens.

#### 5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

Outre le fait d'être un mauvais objet, c'est que tu as un mauvais contact avec le patient. C'est-à-dire que tu as du mal à ce qu'il t'écoute, à ce qu'il prenne en compte ce que tu lui dis. D'où l'intérêt du travail en équipe, parce qu'avec un patient schizophrène ça peut changer. Tu peux devenir un mauvais objet parce que tu dis non, ou le patient prend quelqu'un pour un bon objet parce qu'il imagine que le soignant va dire oui. Du coup en prenant un peu de distance avec tes affects ça permet d'éviter ce piège du bon objet mauvais objet.

Et puis si tu t'investis trop, c'est pas dit que le patient s'investisse autant. C'est arrivé à tous que tu fasses un effort pour un patient, tu vas faire plus que ce que l'on attend de toi, et puis d'un coup le patient va t'insulter et tu te dis quel ingrat. Ça veut dire que se si tu le fait n'attends rien en retour. Pour moi c'est pas nécessairement ton rôle, c'est toi dans ta tête, tu te crois responsables de lui.

Il faut aussi mettre de la distance avec ce qu'ils te disent parce que ça peut te conditionner. Tu vois un patient qui te dit avoir été violé, tu as de la compassion, et un patient que tu sais être un violeur... Ca tu vois tu ne peux pas te l'empêcher, il ne faut pas dire j'en

tiens pas compte, c'est pas vrai. A la limite il vaut mieux que ce soit conscient et puis essayer de faire avec.

Et puis il faut aussi être cash avec le patient, ne pas lui mentir. Mais c'est difficile. Il y a toujours une part de manipulation de notre part et de leur part. Même si le but est avouable. Alors tu ne mens pas vraiment, tu diffères.

Des fois il y a des patients quand ils sont en crise, que tu es obligé de les plaquer au sol, parfois après ils te le disent, ils te disent qu'ils étaient en crise. Tu vois c'est pas parce qu'un coup tu as été contraignant, que tu l'as frustré, qu'après ils ne s'aperçoivent pas que c'était pour leur bien.

## 6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

C'est peut-être 70% du travail. Après c'est un pourcentage comme ça, mais bon. Nous on est là pour gérer un peu de sa vie quotidienne quand il est en état de crise. Mais il ne faut pas se prendre pour un psychologue ou un psychiatre. Ça c'est ma vision à moi mais bon. Voilà, il ne faut pas déborder de sa fonction.

Donc voilà ça passe par le quotidien parce que nous on est beaucoup au contact des patients. Donc ça passe par de petits détails, comme l'aide pour la douche, ou pendant le repas s'il a besoin d'aide tu vois. La relation va s'établir, chacun fait connaissance avec l'autre. Du coup là tu ne vas pas représenter un copain, ni un ami, tu va représenter quelqu'un à qui il peut demander des choses mais qui est aussi un représentant de l'institution, tu es infirmier tu vois, même s'il t'appelle par ton prénom.

Après bon, à l'hôpital de jour, le rôle est peut-être un peu différent. Tu le vois pour faire d'autre chose, c'est des activités, des choses un peu plus ludiques, dans la vie quoi. Du coup là il y a un peu plus d'affect. Nous ici c'est un peu plus basique parce qu'ils sont en crise. Parce que c'est le cadre d'ici, on évite de les garder trop longtemps et on essaye de les réinsérer un peu plus dans leur vie.

Mais bon par exemple ici tu vois quand on fait un baby-foot, ça paraît tout bête, mais tu noues une relation avec le patient. Déjà tu vois s'il arrive à coordonner ses gestes, ça c'est important, s'il arrive à tenir la concentration parce que ça va quand même vite. Et tu vois aussi comment il prend la défaite, ou la victoire, la frustration, si tu peux faire un peu d'humour avec.

7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

Ben oui tu vois par exemple, si tu arrives à faire un peu d'humour avec eux c'est qu'ils vont beaucoup mieux. Parce que le second degré ils n'y sont pas accessibles quand ils sont en crise. Donc tu essaye et tu vois comment ils réagissent. Et puis c'est sur tu as ton rôle d'infirmier, et je le revendique, mais de te voir jouer, tout en gardant des termes corrects, tu lâches un peu, c'est ludique. Donc lui il te voit un peu différemment, ça te permet d'avoir un autre contact.

Après c'est quand la communication est correcte, qu'elle n'est pas conflictuelle. Quand tu lui parle et qu'il n'y a pas de tristesse, d'agressivité, d'anxiété et qu'il écoute ce que tu as à lui dire, mais aussi qu'il te dit des choses. C'est la qualité de l'échange en fait.

## Annexe 6 Entretien IDE N°5

Cet entretien a été fait avec une infirmière diplômée depuis 1 an et demie exerçant depuis le début dans le secteur de la psychiatrie. Elle exerce dans un service d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

Alors déjà dès le départ je pense que c'est important de vouvoyer. En tout cas pour ma part au départ, après avec certains patients au fur et à mesure des hospitalisations tu peux finalement les tutoyer. Après ça dépend des personnes, mais le vouvoiement c'est un des outils de la distance thérapeutique. Bien sûr il y a aussi la distance physique.

Il y a aussi la distance psychique, avec le discours et les mots que tu vas utiliser.

### 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

C'est au cas par cas. Il y a des patients qui vont plus investir certains soignants que d'autres. Et après si tu les laisse s'investir trop, ça peut laisser la place à un transfert. C'est à toi de réajuster, par exemple de faire appel à l'équipe pour qu'elle prenne le relais et que sa ne mette pas en échec la prise en charge.

Moi tu vois par exemple si j'ai un souci avec un patient, il va trop m'investir, il va venir me solliciter plus que les autres et du coup il fait un transfert, tu passe du bon objet au mauvais objet. Parce que les psychotiques sont hypersensibles et si tu les intruse il peut se passer un transfert et tu n'es plus dans ta place de soignant. Il ne te renvoie plus à ta place de soignant. Moi par exemple j'ai plutôt une relation maternante, et inconsciemment je risque de me mettre à cette place maternelle. Et c'est à moi de réajuster, et à l'équipe aussi de me dire attention il se passe ça, c'est plus thérapeutique.

Car toi tu vois quand tu es dans la relation, c'est ton boulot de t'investir, et des fois tu ne te rends pas compte que tu n'es plus dans le soin, alors que le patient psychotique ne le ressent pas. Ça arrive que ce soit le patient qui te remette en question, mais c'est compliqué.

Quand tu es trop proche d'un patient, quand tu vois que tu n'es plus dans le soin, c'est dur de se réajuster, et le risque c'est que tu te sois trop loin. C'est le réajustement qui est dur. C'est sûr c'est un boulot ou tu te remets souvent en question.

Après je pense que quelque part on est tous touchés par les histoires des patients, certains plus que d'autres par rapport à ton vécu, il y en a qui vont te renvoyer des choses. Du côté tu fais jouer ton empathie, tu ressens les émotions des patients, il faut en avoir de l'empathie, mais pas trop. C'est ça qui est compliqué à gérer, surtout avec les psychotiques, car ils sont souvent en situation de précarité, tu vois c'est avec eux que je m'investis le plus, ceux qui sont le plus en souffrance. Mais finalement ça leur fait du bien de sentir qu'on est là pour eux, l'empathie ça va les ouvrir à eux, ils sentent qu'on ne va pas les juger. Mais ça dépend de ton vécu personnel, il y a des patients qui vont plus te toucher que d'autres. Il faut faire les choses au bon moment.

### 3. Quelle **place** laissez vous à **l'affectif** dans cette relation ?

Pour ma part par exemple quand j'ai un entretien avec un patient, où il va ressortir vraiment de l'angoisse, je vais ressentir un petit peu de cette angoisse, je ressens une petite émotion. Et des fois quand je rentre chez moi, ça m'arrive d'être hyper fatigué parce que vu que l'on est au contact des patients toute la journée, tu vas éponger leurs souffrances, et en rentrant chez toi tu ressens un peu de cette souffrance.

Peut-être par ce que je m'investis et que je n'ai pas réussi à mettre assez de distance avec eux.

### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Essayer de rester calme, se contrôler, de ne rien laisser transparaître sur mon visage. Après, d'un côté, tu es humain et tu peux laisser une place à certaines émotions comme par exemple si ça te fais plaisir de voir un patient qui est bien, c'est hyper important que tu lui renvoie ça. Je pense qu'un sourire ça peut lui apporter, de lui renvoyer des émotions positives en miroir.

Après comme je t'ai dit ils sont très très sensible, et si leur histoire peut te toucher ils vont le sentir et ça va laisser place à la parole, ils pourront plus se confier, se sentir en confiance. Ils vont sentir que tu te soucie de leurs mal être. Du coup ils voient aussi l'être humain et pas que le soignant.

5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?

Si je sens que je ne vais pas arriver à maîtriser, je fais appel à l'équipe. Sinon en cas d'agitation je pense qu'il faut arriver à garder son calme, il ne faut pas montrer que tu es paniqué, tu vois tu vas lui renvoyer en miroir.

Par exemple si toute une équipe parvient à garder son calme, rester positif, et surtout apporter une cohérence le patient va plus se sentir en sécurité. C'est pour ça que c'est très important d'avoir une cohésion d'équipe notamment avec les patients schizophrènes qui sont morcelés. Si justement tu leur renvoie des échos différents en équipe ça contribue à son morcellement.

6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Ça commence déjà à l'accueil, je pense que c'est important de se présenter aux patients, de faire un premier entretien si on peut, de lui expliquer qu'il est là pour des soins. Et puis après s'il n'est pas en confiance au départ si tu continue à montrer que tu es là pour lui il va se sentir de plus en plus en confiance. Ça se fait pas forcément au départ, il faut parfois du temps.

7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

Cette confiance elle va permettre de le faire adhérer aux soins et puis de se sentir exister quelque part. En plus les psychotiques souvent ils sont perdus dans leur identité, c'est pour ça que des fois que dans leurs délires ils créent une identité. Et toi en leur apportant du réconfort, du soutien, de l'écoute tout ce que tu veux ça leur permet de se sentir exister. Et de ne pas se sentir seul.

Et puis il ne va pas hésiter à venir discuter avec nous et se confier, il va être moins méfiant et se sentir écouté. Finalement ça permet de savoir ce qu'il se passe vraiment dans son esprit.

## Annexe 7 Entretien IDE N°6

Cet entretien a été fait avec une infirmière diplômée depuis 15 ans et exerçant depuis 14 ans dans le secteur de la psychiatrie. Elle exerce dans un service d'hospitalisation aigüe au sein de l'assistance publique.

### 1. Comment mettez-vous **en place une distance** thérapeutique avec un patient schizophrène ?

Alors dans la théorie il y a le vouvoiement mais avec certains patients que l'on connaît on utilise le tutoiement parce qu'ils ne comprendraient pas qu'on les vouvoie, parce qu'on les connaît depuis longtemps. Il y a aussi la distance physique encore plus avec les patients schizophrènes par rapport à la vie de tous les jours, parce qu'ils peuvent se sentir rapidement intrusé.

Et puis il y a l'utilisation du cadre institutionnel, les règles de vie en communauté qui nous permettent de poser cette distance. C'est une référence à laquelle on renvoie fréquemment les patients quand ils essayent de faire bouger le cadre.

### 2. Comment, selon vous, peut-on estimer que cette distance est « **juste** » ?

C'est avec le contact au quotidien des patients que l'on arrive à repérer les signes qui prouvent que l'on a été efficace quand on a posé les jalons. De toute façon par rapport aux patients le cadre institutionnel c'est une forme de contrainte donc ils vont forcément le bousculer un petit peu et ça, au cas par cas, c'est peut-être le signe qu'il faut soit assouplir, ce qui prouve qu'il va mieux, ou au contraire renforcer le cadre. Et c'est une réévaluation quotidienne. Donc ça c'est pour mesurer l'efficacité du cadre institutionnel.

Après dans la distance physique quand les personnes la mettent un peu à mal il peut y avoir une forme de familiarité donc là il faut prendre du recul voire même dire directement que cela peut nous déranger. Cette distance thérapeutique du coup elle a cette vertu de te laisser du temps de réaction si jamais il y a, je sais pas moi une pulsion, un passage à l'acte, tu as ce temps-là. Après la distance thérapeutique peut exister même s'il y a le tutoiement mais par exemple avec un patient qui a à peu près mon âge que je ne vais pas le tutoyer, parce que je ne

veux pas que ça dérape. En tout cas moi par rapport à ma posture j'ai besoin de lui signifier comme cela.

Et puis il ne faut pas être fluctuant dans le contenu de ce que l'on dit même si parfois on est nous-mêmes débordé d'émotions, on peut parfois être énervé, fatigué. Et puis comme outil thérapeutique il y a l'équipe qui permet, quand on sent que ça devienne délétère dans la relation, de pouvoir passer la main.

### 3. Quelle **place** laissez vous à l'**affectif** dans cette relation ?

Alors au maximum des affects positifs ce sera de l'empathie, oui en ce qui me concerne en tout cas. Et si affect négatif il y a je vais rapidement passer la main, je ne vais pas rien faire de ces affects négatifs parce qu'il va bien falloir que je les travaille, mais je vais me laisser le temps de gérer mes propres émotions pour distancier les choses et éviter les réactions à chaud. Mais en ce qui concerne l'identification avec un patient, je m'identifierais plus facilement avec un patient névrosé qui a une histoire pénible qu'un schizophrène même si cela n'en reste pas qu'ils peuvent avoir des histoires terribles.

### 4. Que signifie pour vous **maitrisez ses émotions** dans le cadre de la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Moi ma façon de faire c'est ça : quand je sens que ça va trop me déborder, physiquement dans le non verbal j'essaye de ne pas le montrer et après je le restitue à mes collègues. Mais après il faut bien identifier le problème pour que, à défaut de le résoudre je le maîtrise. Tu vois, un ancien infirmier de soins psychiatriques me disait : tu travaille avec ce que tu es. Du coût même quelque chose de difficile il faut pouvoir le travailler pour le convertir en quelque chose de positif sinon tu ne peux pas travailler correctement. Ce qui serait intéressant que tu développe là-dedans ce sont les mécanismes de défense. Parce que du coup si tu les repères ne peut même dire aux patients, en essayant de garder toujours un pied d'égalité, qu'il te renvoie quelque chose de négatif. Parce que moi les patients mon but c'est de les rapprocher de la vie réelle, et non pas de les assister à tous les niveaux.

### 5. Quelles peuvent être les **conséquences** d'une **mauvaise gestion** des émotions dans la relation soignant-soigné avec ce type de patient ?



Après moi si je n'ai pas réussi à gérer certaines choses, que j'ai montré trop d'empathie, que j'ai envoyé des signaux plus affectifs, au pire amicaux, peut-être que la personne va plus me surinvestir au-delà de ma fonction de soignant. Et ça va forcément être l'objet d'une déception parce que moi derrière il va falloir que je repositionne les choses. Des fois tu vas entendre des patients qui te disent vous n'êtes pas sympa, voire même je croyais qu'on était amis. Ça veut dire que ce soit à un moment donné le patient a mal interprété quelque chose, soit c'est du clivage pour essayer de pointer les dysfonctions d'un autre soignant.

Après si on est vraiment dans la difficulté à contenir tout ce qui est émotion négative, il pourrait y avoir un passage à l'acte, et interruption de la relation franche. C'est pour ça que j'ai beaucoup d'importance à restituer aux patients les effets qu'ils me font, ça permet de leur expliquer que je mets la distance mais pas pour fuir, pour en reparler plus tard.

## 6. Que représente pour vous la **relation de confiance** dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

C'est au quotidien arriver à maintenir le dialogue et une écoute, une disponibilité. Mais aussi à lui faire accepter les contraintes. La relation de confiance, ma définition, c'est une espèce de contrat virtuel qui implique que chacun en respecte les modalités. Ça se réévalue tous les jours, en fonction de sa capacité à y adhérer. Il faut négocier à chaque fois pour expliquer pourquoi, donner du sens à ces règles arbitraires qu'il peut ne pas supporter.

## 7. Quels sont les **indicateurs** qui vous assurent le **maintien** de cette relation de confiance ?

Alors le patient ne va peut-être pas l'interpréter comme cela mais on va parler d'adhésion thérapeutique. On va se dire que c'est réussi quand le patient a compris dans quel sens on allait ensemble et qu'on a dépassé le stade de la contrainte. Que cela rentre dans des règles de vie du quotidien et ça peut même être bénéfique. Par exemple l'acceptation des consignes médicales sur les sorties autorisées ou non.

Voilà il y a cette notion de bénéfices, et je ne parle même pas du traitement surtout avec des patients qui en général ne se croient pas malade. Sachant que c'est quelque chose qui se poursuit dans le travail de l'extra hospitalier, avec une autre dynamique où du coup il y a un peu plus de facteurs de stress.

## Annexe 8 Grille de dépouillement

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	IDE 6
Q 1	<p>-Il faut un <b>regard non intrusif</b> et un <b>discours calme et court</b></p> <p>-C'est difficile lors des <b>soins intimes</b>, il ne faut pas trop insister, mais <b>rappeler les conventions sociales</b></p> <p>-Ce qui est de la rigueur pour nous ne l'est pas forcément pour eux</p> <p>-La distance se <b>jauge en permanence</b></p>	<p>- Utilisation de l'<b>espace</b>, du mobilier</p> <p>-<b>Vouvoiement</b> et utilisation du <b>nom</b> de famille.</p> <p>Utilisation du prénom mais <b>toujours vouvoiement</b></p> <p>-<b>Non verbal</b> avec croisement des bras donne un signal de distance</p>	<p>-<b>Vouvoiement</b> et utilisation du <b>nom</b> de famille.</p> <p>Utilisation du prénom mais <b>toujours vouvoiement</b></p> <p>- Jamais tutoiement</p>	<p>-Question vague</p> <p>-<b>Vouvoiement</b></p> <p>- <b>discours calme et court</b></p> <p>-distance <b>physique</b></p> <p>-importance de <b>différer</b>, dire non recentre</p> <p>-Savoir se <b>remettre en question</b> sur la distance</p> <p>-Rajouter de la distance au besoin</p> <p>-Garder une <b>neutralité</b> dans les <b>soins intimes</b></p>	<p>-<b>Vouvoiement</b></p> <p>-<b>tutoiement</b> après un certain temps</p> <p>-distance physique</p> <p>-distance psychique</p>	<p>-<b>Vouvoiement</b></p> <p>-<b>tutoiement</b> après un certain temps</p> <p>-distance physique</p> <p>-Utilisation du <b>cadre institutionnel</b></p>
Q 2	<p>- L'<b>observation</b> : le <b>rire</b> du patient est signe d'une bonne distance</p> <p>- <b>Respect des convictions</b> du patient, <b>sans évoquer les siennes</b></p>	<p>-S'il n'y a <b>pas de transfert émotionnel</b>, positif ou négatif vers toi</p> <p>-Si la distance diminue, il faut <b>changer de sujet</b> de conversation et</p>	<p>-C'est <b>propre à chaque soignant</b> et c'est <b>évolutif</b></p> <p>-Si la relation <b>gêne</b>, c'est trop près</p> <p>-S'il n'y a <b>pas d'adhésion</b> du patient, c'est trop</p>	<p>-Ils n'acceptent pas la frustration normalement, mais si bonne distance, <b>ils acceptent</b></p> <p>-Notre <b>rôle</b> n'est pas celui de copains <b>mais</b></p>	<p>-Cas par Cas</p> <p>-s'il n'y a pas de transfert où le patient te considère <b>hors de ta place de soignant</b></p> <p>-si toi trop proche, <b>il faut réajuster</b>, soutien de <b>l'équipe</b></p>	<p>Cas par Cas</p> <p>- s'il y a un <b>bon contact</b></p> <p>-rester <b>constant</b> dans son discours</p> <p>-appel à <b>l'équipe au besoin</b></p>

	-Il faut <b>différer</b> . Au final, il faut une <b>distance dans ce que l'on dit, dans l'espace et dans le temps</b>	remettre cette distance	loin	<b>d'accompagnant</b>	-mais <b>un peu d'empathie</b> permet qu'ils s'ouvrent	
Q 3	-Il faut <b>un peu d'affect</b> , éviter le discours lisse. -Il faut <b>un peu d'humour</b> , mais toujours <b>bienveillant</b>	- <b>Aucune</b> mais c'est <b>difficile</b>	- <b>Aucune</b> venant de moi, je compose avec -On est dans un <b>rôle d'écoute</b> , pas l'inverse	<b>Neutralité</b> -Ils sont peu dans l'affect -Rôle d'accompagnant, pas de béquille	-je <b>ressens un peu</b> des émotions du patient -on <b>absorbe</b> un peu de leurs affects	- <b>Empathie</b> , mais au maximum -retravail sur les affects négatifs après -je m'identifierai plus aux névrosés
Q 4	- D'abord de la <b>neutralité</b> , après on introduit l' <b>humour</b> . - Trouver un <b>point commun</b> , mais sans complicité, juste un <b>partenariat</b>	-C'est de l' <b>expérience</b> -Il faut savoir <b>maitriser son corps</b> -Si on ne maitrise plus, on <b>passé la main</b>	-C'est <b>spontané</b> -C'est aidé par la <b>posture</b> et le <b>vouvoiement</b> -Il faut être à l'écoute mais <b>se protéger</b>	-C'est du caractère <b>personnel</b> -Si c'est anticipable, on <b>met de la distance</b> -Sinon, <b>réévaluer</b> les situations conflictuelles en <b>équipe, sans culpabilité</b>	- <b>Contrôle</b> , rien laisser transparaître. -Mais si c'est positif, l'effet <b>miroir les aide</b> -Si tu es touchée, il le sent et reconnaissent un interlocuteur	- <b>contrôle</b> du non verbal - <b>retravailler le négatif</b> en quelque chose de positif
Q 5	- Si on devient une personne ressource, un non, <b>une frustration devient une déchirure</b> . Il faut écouter, mais différer	-Risque <b>d'impact personnel</b> -Risque de <b>devenir le sujet des affects</b> du patient qui utilise leur forte intuition	-Il faut <b>passer la main</b> -Risque de devenir le <b>mauvais objet</b>	- Risque de devenir le <b>mauvais objet</b> et donc <b>mauvais contact</b> -Attention à ne pas surinvestir sans retour	- Appel à l' <b>équipe</b> si c'est anticipable -cohésion d' <b>équipe</b> pour renvoyer en <b>miroir</b> un effet de recentrage	- <b>surinvestissement</b> venant du patient au-delà du rôle -puis <b>déception</b> et incompréhension -risque de <b>passage à l'acte</b> si affects

				-Il faut être <b>conscient des affects</b> que l'on a envers eux -Il faut <b>différer</b> pour rester authentique		négatifs
Q 6	- C'est surtout le <b>patient qui doit avoir confiance</b> , moins nous. -Il faut leur <b>montrer qu'on a confiance en eux</b> , par bienveillance et la <b>qualité de la relation</b> . -Il faut <b>toujours se rendre digne</b> de leur confiance	-Le patient se <b>confie</b> -Il <b>adhère au traitement</b> , accepte les visites chez lui -Importance de l' <b>accueil</b> qui pose les jalons	- Il <b>adhère au traitement</b> - <b>Connaitre ses goûts</b> permet d'entrer en <b>communication</b> -Importance de l' <b>avoir dès le départ</b>	-C'est une part importante du travail -On <b>représente</b> l'institution dans la vie courante -Ce rôle <b>varie selon le cadre</b> de l'hospitalisation -Les activités permettent d'observer et <b>tisser un lien</b>	- Importance de l' <b>accueil</b> qui pose les jalons -Ca se construit <b>dans le temps</b>	-maintenir <b>dialogue, écoute, disponibilité</b> -c'est un <b>contrat virtuel</b> réévalué constamment
Q 7	- Pas vraiment d'indicateurs, c'est <b>spontané</b> - <b>Tout a un sens</b> et tous les sens sont en éveil -S'il <b>accepte notre parole</b> -S'il y a <b>resocialisation</b>	- <b>Confiance = confiance</b> - <b>c'est subjectif</b> et ça se travaille -Ou cela passe par du <b>somatique</b> avant le psychique -Les schizophrènes l'expriment peu	- <b>Confiance</b> - <b>c'est subjectif</b> et ça se travaille -L'accessibilité à la <b>réassurance</b> -richesse de la <b>communication</b> - <b>adhésion</b> au traitement	- Accessibilité à l' <b>humour</b> - <b>Qualité</b> et <b>sincérité</b> de la <b>communication</b>	-Il <b>adhère au traitement</b> -Se sent <b>exister</b> , retrouve <b>identité</b> - <b>Confiance</b>	- <b>dépassement</b> du stade de la <b>contrainte</b> - notion de <b>bénéfice accepté</b>

## Abstract

La distance thérapeutique est un outil pour appréhender au mieux le soin, permettant de gérer ses émotions plus facilement et consolider ainsi la confiance des patients.

Mais face à un patient schizophrène, pour qui la pathologie distord ses relations à l'autre, que signifie maîtriser ses émotions pour s'assurer de cette confiance ?

Que ce soit Franck Bourdeaut qui revendique l'acceptation de ses émotions, ou Peter Salovey et John D. Mayer qui ont conceptualisé l'intelligence émotionnelle, l'implication forge la confiance, reposant pour Lazare Benaroyo « *sur le sentiment et l'expérience d'une humanité partagée* ».

Par des entretiens d'infirmiers de psychiatrie, j'ai cherché à donner un sens aux concepts d'émotions et relation de confiance. Même si les résultats de ces entretiens semblent diverger, j'émet l'hypothèse que **la gestion de ses émotions par une forme d'intelligence émotionnelle est le gage de la confiance que peut avoir un patient schizophrène envers le soignant.**

*Mots clé : distance thérapeutique, gestion des émotions, relation de confiance, schizophrénie, intelligence émotionnelle*

The therapeutic distance is a tool to apprehend the best care, to manage emotions more easily and thus consolidate the trust of patients.

But in front of a schizophrenic patient, for whom the pathology distorts its relationship to the other, what does mastering his emotions to ensure confidence mean ?

Whether Franck Bourdeaut claiming acceptance of his emotions, or Peter Salovey and John D. Mayer who conceptualized emotional intelligence, involvement forge trust, based according Lazarus Benaroyo "on the feeling and experience of a shared humanity. "

By nurses psychiatric interviews, I sought to give meaning to the concepts of emotions and trust. Although the results of these interviews seem to diverge, I hypothesize that **managing emotions through a form of emotional intelligence is the pledge of confidence can have a schizophrenic patient to caregiver.**

*Keywords: therapeutic distance, emotion management, trust relationship, schizophrenia, emotional intelligence*