

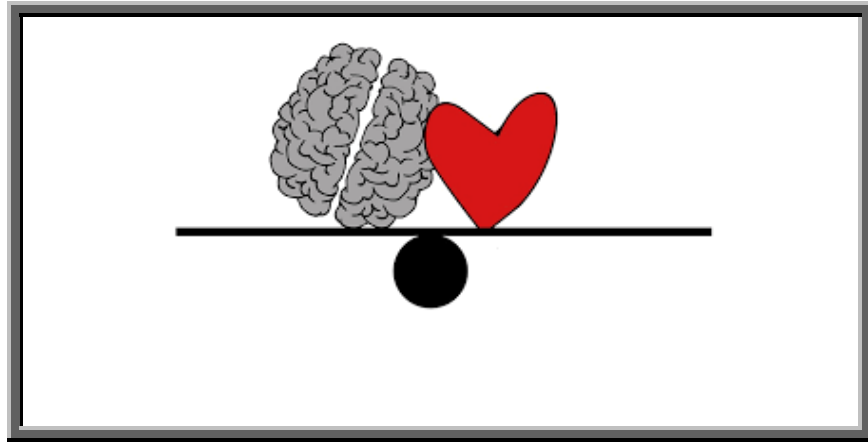


Institut de formation en soins infirmiers Ajaccio

Diplôme d'Etat Infirmier
Promotion 2018-2021

**L'attachement dans le soin : de la
compréhension à l'acceptation
Travail de fin d'étude**

Frigara Christelle
Oddo Martinet Pajanacci Christine



« Celui qui aime doit savoir se perdre et se retrouver... » Paulo Coelho.

Table des matières

Introduction	2
1. L'attachement dans un contexte de soin	3
1.1. Situations d'appel et cheminement jusqu'à la question de départ	3
1.1.1. Situation d'appel de Christelle.....	3
1.1.2. Situation d'appel de Christine.....	5
1.1.3. Questionnement.....	6
1.2. L'attachement dans le soin : origines et mécanismes	7
1.3. Impacts de l'attachement dans un contexte de soin	11
1.4. L'identification de l'attachement comme facteur de protection	16
1.5. L'analyse de pratique professionnelle face aux situations d'attachement	19
2. Enquête exploratoire	21
2.1. Méthodologie de l'enquête	21
2.1.1. Objectif de l'enquête	21
2.1.2. Population choisie.....	21
2.1.3. Choix des outils.....	21
2.2. Déroulement de l'enquête	22
2.3.1. Analyse des questionnaires	22
2.3.2. Analyse des entretiens.....	24
3. Méthode	26
3.1. Hypothèse de recherche	26
3.2. La méthode expérimentale	26
3.3. Objectifs de recherche	26
3.4. Dispositif de recherche	26
3.5. Résultats	28
3.6. Limites	28
Conclusion	29
Bibliographie	30
Annexe 1 : Questionnaire	2
Annexe 2 : Guide d'entretien	6
Annexe 3 : Résultats des questionnaires	7
Annexe 4 : retranscription des entretiens	14
Annexe 5 : Matrices d'analyse de contenu des entretiens	32

Introduction

Depuis de nombreuses années, la profession d'infirmier(e) a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Bien que la profession se développe sur le plan technique avec l'augmentation des actes prescrits, nous voyons l'émergence de nombreuses nouvelles recherches au sujet des concepts relationnels. Aussi, la formation intra-hospitalière semble tendre davantage vers les concepts d'approche relationnelle dans les soins ainsi que sur la réflexivité au sein des analyses de pratique professionnelle.

Durant notre formation, nous nous sommes aperçues, dès les premières expériences en stage, que la relation humaine est indissociable de la pratique infirmière. Nous avons expérimenté la rencontre de l'autre, et les liens qui peuvent se nouer, avec réciprocity, au cœur de la relation avec les patients. L'intérêt de ce travail de fin d'étude réside en la compréhension qu'il permet de ces liens entre soignants et patients, et ainsi à nous préparer en tant que futurs professionnels à travailler avec réflexivité face à ces situations relationnelles. Car, en effet, chaque lien que nous nouons est toujours une nouvelle histoire, une rencontre singulière. Ce travail traite de liens affectifs, durables, qui se construisent dans un contexte de soin, un attachement entre soignant et patient. Cet attachement, nous l'avons expérimenté lors de prise en charge de patients durant nos stages. En regard de ce que cela nous a fait ressentir de porteur comme d'inquiétant ainsi que des réactions que cela a soulevé auprès des infirmières qui nous encadraient, nous avons axé notre travail sur l'attachement et avons exploré en quoi ce dernier pouvait impacter les soignants, les patients et la relation.

Ainsi, ce travail présente, d'abord, l'état des lieux de la littérature et du terrain concernant notre problématique. Dans un premier temps les concepts qui ont éclairé notre questionnement. Le concept d'attachement afin de comprendre ses origines, ses fonctions dans le soin et les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans sa formation. Puis des théories concernant l'impact des liens d'attachement, de manière positive sur le soin, de manière néfaste également afin d'en avoir une vision nuancée. Enfin, la notion de communication entre soignants comme levier d'identification des situations d'attachement, de leurs mécanismes et leurs impacts. Ainsi, cette étude présente ensuite un éclairage théorique sur le concept de l'analyse de pratique professionnelle. Ce développement théorique rend compte de l'origine des analyses de pratique, de leur intérêt général dans un contexte soignant et donc de l'intérêt dans un but d'identification des situations d'attachement.

Dans un deuxième temps est présentée l'enquête exploratoire qui a permis de confronter la réalité du terrain aux contenus théoriques développés. L'objectif étant de mettre en évidence le

lien entre la qualité de la communication entre soignants et les connaissances qu'ils ont sur les mécanismes et impacts induits par l'attachement ainsi que leur capacité à les identifier. Cette partie comporte les différents outils utilisés, le déroulement, les résultats obtenus et leurs analyses, qui ont précisé l'objet de la recherche.

Cet état des lieux de la littérature et du terrain a donné lieu à une question de recherche.

La dernière partie comporte la méthode utilisée pour cette étude, l'objectif étant de démontrer le lien entre la participation à des analyses de pratique professionnelle et la capacité des soignants à identifier les situations d'attachements, leurs mécanismes et leurs impacts. Ainsi, sont présentés la méthode expérimentale, l'hypothèse opérationnelle de l'étude, le dispositif de recherche et la méthode d'analyse des résultats.

Pour finir, la conclusion ouvre des perspectives en regard du travail effectué et des résultats obtenus.

1. L'attachement dans un contexte de soin

1.1. Situations d'appel et cheminement jusqu'à la question de départ

1.1.1. Situation d'appel de Christelle

Lors de ma première année de licence en soins infirmiers, je réalise mon deuxième stage de cinq semaines dans une Maison d'Accueil Spécialisée. Les résidents sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire parmi lesquels : infirmières diplômées d'état (IDE), aides-soignants (AS), ergothérapeute, psychologue, assistante sociale.

Ma situation concerne la prise en charge d'une résidente arrivant dans l'établissement, que l'on nommera LM. Elle a 24 ans, est cérébro-lésée suite à un polytraumatisme engendré par un accident de la voie publique. Elle peut bouger uniquement sa main droite. Du fait de ces lésions, LM est totalement dépendante concernant tous les actes de la vie. Elle a vraisemblablement conservé ses capacités cognitives de raisonnement, de mémorisation et d'attention. LM comprend tout, mais, aphasique versant expressif et dysarthrique, ne peut plus communiquer par la parole. Elle communique cependant à l'aide de codes : elle lève le pouce pour dire « oui », l'index pour dire « non » et le majeur pour dire « ça suffit » ou bien que quelque chose lui déplaît. De ce fait, toute communication avec elle demande beaucoup de temps, de disponibilité, d'attention et de proximité. De par mon statut d'étudiante j'ai la possibilité de prendre le temps de recueillir des informations clés que je peux transmettre à l'équipe qui est moins disponible, car la communication avec LM demande beaucoup de temps et d'attention.

En partenariat avec l'équipe nous cherchons à mettre en place un outil de communication personnalisé. Je m'inquiète du départ proche de l'ergothérapeute en congés pour trois semaines, cela pourrait faire perdre du temps en regard de la prise en charge de LM. J'insiste alors auprès d'elle, afin de commencer la mise en place de cet outil rapidement. De mon côté j'effectue des recherches en dehors de mon temps de travail, concernant les lésions cérébrales dont est atteinte LM, leurs conséquences, les outils de communication existants et leur fonctionnement. En accord avec l'équipe médicale et paramédicale, je commence l'utilisation de cet outil de communication personnalisé dès le départ en congé de l'ergothérapeute. J'utilise ma propre tablette androïde pour débiter car celle commandée par la structure n'est pas encore arrivée. Ainsi, j'ai appris à décoder ses demandes, connaître ses goûts, je recueille régulièrement des informations concernant sa douleur, le type de position qui lui est plus confortable, la musique qu'elle préfère et ses émissions de télé préférées. Nous avons ainsi établi une relation de confiance et cela favorise la prise en charge de ses problèmes au quotidien. J'apprécie le temps passé auprès de LM, je ressens une satisfaction dès lors que l'on peut cerner ses problèmes et apporter des solutions. De mon côté, je me suis attachée à elle, je m'inquiète pour elle car mon stage va se terminer et je sais que l'équipe soignante ne bénéficie pas d'autant de temps que moi qui suis étudiante. Du côté de LM, elle est en demande de ma présence. Elle dispose de peluches qui représentent des soignants de l'équipe, ce dispositif d'identification a été mis en place par LM à l'aide de sa mère. Elle prend systématiquement la peluche me représentant pour signifier qu'elle souhaite ma présence.

A l'approche de mon départ du terrain de stage, l'infirmière me fait remarquer que je ne suis plus dans une distance professionnelle car elle perçoit un surinvestissement ainsi que mon inquiétude. Elle me dit aussi percevoir un attachement qui peut s'avérer être mutuel. Elle ajoute que la patiente pourrait souffrir de mon absence lors de la fin de mon stage et qu'elle a déjà vu des soignants s'épuiser dans l'investissement auprès des patients. Alors, lors de ma cinquième semaine, je rappelle à LM l'approche de la fin de mon stage et tente de mettre plus de distance. Cela me donne l'impression de ne pas être au plus près de ses besoins. Je me questionne alors sur cet avertissement de l'infirmière concernant mon investissement affectif. Cela peut-il porter préjudice à LM ? à la suite de sa prise en charge ? Est-ce que je m'investis autant auprès d'elle car j'aurais souhaité qu'on en fasse autant pour moi ? Pour d'autres raisons ? Malgré le fait que je m'inquiète pour LM et que cet investissement m'ait demandé beaucoup de temps et d'énergie, il m'a apporté de la satisfaction sur le moment. Aussi, mon départ me donne l'impression de l'abandonner et le fait de savoir que son état est irréversible et que je ne serai

pas auprès d'elle pour l'accompagner me rend très triste. Comment comprendre ce qui se joue dans cette relation d'attachement ?

1.1.2. Situation d'appel de Christine

La situation se passe dans un service hospitalier, soins de suite et de réadaptation, lors d'un stage de cinq semaines. Parmi les patients hospitalisés se trouve Madame B., 75 ans, prise en charge par le service depuis quatre mois pour perte d'autonomie et douleur due à une escarre sacrée. Cette dame attire vite mon attention car elle a un caractère vif en total inadéquation avec son élan physique, qui lui, est altéré ; elle est alitée et présente un syndrome de glissement. En effet, elle refuse le lever quotidien pourtant primordial en regard de son devenir, à savoir un retour à domicile. En effet, elle exprime être malheureuse de ne plus pouvoir se lever et marcher, de ne plus pouvoir être chez elle, mais paradoxalement, refuse le lever. Elle dit qu'elle sait que l'avenir qu'elle souhaite dépend de ses levers mais elle refuse. Au fil des jours qui passent, des soins que nous lui apportons, de discussions avec l'équipe soignante et avec la patiente elle-même, je décide de négocier les soins : elle se lève tous les jours et en échange, je lui fais des massages ; ce qu'elle accepte sans sourciller. Cette négociation émane du fait qu'elle m'est dit lors d'un entretien informel qu'elle aimerait tant bénéficier de massages. Lors de mes heures de présence, je l'entends m'appeler, et toute l'équipe semble comprendre que je me rends particulièrement disponible pour elle. Evidemment je le suis aussi pour les autres patients mais je sens qu'il y a réellement une possibilité de la booster pour qu'elle sorte de ce lit là où cela me semble plus compromis pour d'autres et puis, ça c'est fait comme ça. Je vais la voir en premier le matin, je me demande comment elle a dormi car cela a influé sur son humeur du jour et joue un rôle important dans sa décision de se lever ou non. Chaque lundi elle me raconte ce qui s'est passé dans le service le week-end, elle me fait rire, je la fais rire et elle accepte les soins ... Je sens que la relation soignant-soigné(e) est un peu particulière. Je pense sincèrement lui acheter un livre au sujet adéquat pour pouvoir lui faire la lecture dès que possible et asseoir cette relation de confiance pour ne plus qu'elle renonce aux levers primordiaux pour pouvoir guérir son escarre et rentrer chez elle. Un matin, j'ai une discussion avec ma tutrice portant sur ma posture d'étudiante et professionnelle. Celle-ci m'explique que cette approche dans le soin est, même si elle sent que « j'ai du cœur », un peu trop impliquée et me dit que je m'investis trop et que cela tend à être néfaste pour moi mais aussi pour la patiente qui, une fois que je serai parti me cherchera et se sentira abandonnée. Je tente de prendre un peu de recul sur mon comportement et me rend compte que je pense à elle lorsque je suis chez moi, me rappelle avoir été bouleversée par le fait d'avoir trouvé dans ma cage d'escalier un livre dont le nom et le prénom de l'auteure

étaient identiques à ceux de la patiente et m'être dit que c'était étrange. Je me souviens aussi lui avoir demandé qu'elles étaient ses fleurs préférées en projetant lui en apporter pour lui faire plaisir. Ces idées me font prendre conscience que je m'investis beaucoup, que je me suis attachée à cette patiente et ai peur d'accélérer son syndrome de glissement lors de mon départ. Le soir venu, je prends le temps de méditer sur ce que m'a dit ma tutrice et je me questionne : pourquoi cette patiente ? Me rappelle-t-elle quelqu'un ? Est-ce que c'est sa personnalité qui m'a plus ? Est-ce que je fais un « transfert » sur ma relation mère-fille car je m'inquiète du devenir de ma mère âgée de 75 ans pour lequel je me sens impuissante ? Ou bien, cette situation me renvoie-t-elle à une peur de ma propre mort de manière inconsciente ? mes liens d'attachement archaïques sont-ils en lien avec ma motivation ? Le lendemain je ne lui fais pas son massage car je doute à présent du bienfait de cette approche et j'ai besoin de réfléchir mais je m'entretiens avec le kinésithérapeute, elle s'est levée et lorsque je passe lui dire bonjour avant de quitter mon poste, elle me dit qu'elle m'a attendu et ça me fait mal au cœur. Je me sens un peu perdue, je ne sais plus trop quoi faire car même si j'ai intégré l'intérêt de la discussion avec ma tutrice, je ressens que c'est dommage, que je pourrais la convaincre de se lever. Les jours suivants, je n'accours plus dès qu'elle m'appelle mais je continue de lui faire ses massages à chaque fois qu'elle se lève. Les jours passent et je vais bientôt quitter mon lieu de stage, alors j'essaie de savoir ce qu'elle envisage car son devenir est un peu flou, ni elle ni son fils ne savent vraiment. A ce moment j'essaie de réfléchir vite comme si je cherchais à la convaincre, m'imaginant déjà prendre RDV avec l'assistante sociale pour qu'elle lui explique quelles solutions s'offrent à elle. Je me dis que je pourrais trouver des arguments avec l'aide de l'assistante sociale (aide à domicile, présence infirmière...) que mes connaissances sur le sujet ne me permettent pas à ce moment d'employer. Mais je sens qu'il ne faut plus insister et surtout que je vais sûrement trop loin ; en effet, je comprends que l'idée de ne plus être près d'elle me déplaît et que je cherche un moyen de m'assurer qu'elle rentrera chez elle comme elle le souhaitait, comme si cette idée devait me permettre de quitter mon lieu de stage plus tranquillement.

1.1.3 Questionnement

Ces situations rendent compte d'un questionnement commun concernant l'attachement auprès d'un patient. De plus, ces expériences ont suscité des réactions similaires de la part des infirmiers qui nous encadraient. Ce lien d'attachement est perçu lors de nos expériences comme néfaste ou dangereux, pouvant avoir un impact négatif sur la prise en soin des patients, qui en situation de dépendance, sont vulnérables, ainsi que sur le soignant.

Aussi en discutant avec d'autres infirmiers lors de stages il en ressort beaucoup de divergences, certains soignants perçoivent cet attachement comme moteur pour la prise en charge et très bénéfique pour les patients. Pour certains ce lien est indispensable à leur pratique, ils ne peuvent travailler autrement et semblent assumer leurs sentiments d'attachement.

Lors de cette expérience comme tout au long de notre formation nous nous sommes donc beaucoup questionnées sur nos ressentis. Nous nous sommes ainsi demandées comment se crée un lien d'attachement avec les patients ? Quels mécanismes peuvent être à l'œuvre dans la formation de l'attachement auprès de certains patients ?

Etant donné la réaction des IDE qui nous encadraient et nos propres ressentis d'inquiétude vis-à-vis des patients on s'est alors demandé si cet attachement peut être néfaste aussi bien pour le soignant comme pour le patient ? Dans quelle mesure ? Quelles peuvent être les conséquences pour le soignant ? Mais aussi si ce lien affectif pouvait recouvrir des aspects positifs. Cela nous a amenées à formuler notre question de départ.

Question de départ :

En quoi l'attachement dans une relation de soin peut avoir un impact sur le soignant et le soigné ?

Il nous parut donc intéressant d'approfondir certaines notions au travers de ce travail de fin d'étude. Nous nous sommes alors penchées sur différents concepts pouvant éclairer notre questionnement suite à nos situations d'appel.

1.2. L'attachement dans le soin : origines et mécanismes

Dans nos expériences respectives nous avons perçu ce que nous nommons attachement envers des personnes soignées, il nous semble donc utile de comprendre et de tenter d'expliquer ce phénomène, ses origines et ses fonctions dans les relations entre individus.

Selon Bowlby (1969), le lien d'attachement est un lien affectif, durable, que l'on établit avec une personne spécifique, vers laquelle on va se tourner en cas de détresse. Il se construit dans l'enfance car il a une fonction dès la naissance comme tout au long de la vie. Voyons l'évolution de ce lien de l'enfance à l'âge adulte.

La théorie de l'attachement explique que les comportements d'attachement du bébé ont pour but de rechercher et de maintenir la proximité d'une figure d'attachement spécifique en cas de menace ou de détresse. La satisfaction du besoin de proximité inné du bébé et la réassurance

émotionnelle qu'elle procure permet la construction du lien d'attachement du bébé avec la personne adulte qui prend soin de lui et le protège. Au fur et à mesure du développement de l'enfant, la proximité physique nécessaire à l'établissement d'un sentiment de sécurité interne pourra être remplacée par la simple accessibilité de la figure d'attachement, puis par sa disponibilité. La personne qui s'occupe le plus souvent de l'enfant et répond à ses besoins d'attachement va devenir sa figure d'attachement principale.

Ce lien d'attachement a donc pour fonction de maintenir une proximité afin de conserver un sentiment de sécurité durable. Il rassure et fait tenir les relations interpersonnelles.

Selon Bowlby, le système d'attachement est actif tout au long de la vie, « du berceau à la tombe ». Les relations d'attachement dans l'enfance sont internalisées pour former des schémas cognitifs durables qui vont influencer les réactions du sujet lorsqu'il se trouve en situation de stress. Ces schémas guident inconsciemment le sujet dans ses relations interpersonnelles en cas de détresse, ils influencent la manière dont le sujet va interpréter ses interactions avec les autres. C'est-à-dire, aide, confiance en l'autre, réconfort. Nous entendons là que la relation de soin offre de nombreuses situations dans lesquelles les patients, en situation de stress, cherchent de la sécurité par une relation d'attachement avec les soignants.

Selon l'auteur, une fois formée, la relation d'attachement avec telle personne spécifique tend à persister toute la vie, même si elle peut croître ou s'éteindre en fonction de la situation et de la nature des autres attachements. Aussi, les relations d'attachement entre deux adultes sont caractérisées par la réciprocité, c'est-à-dire que chacun des partenaires peut, alternativement, rechercher du réconfort auprès de l'autre ou lui en procurer.

Dans nos situations d'appel nous avons vécu un attachement réciproque qui donc pouvait assurer du réconfort à nos patients et nous permettre de leur en procurer.

A l'inverse, certaines caractéristiques associées à un attachement de style insécure comme une dépendance anxieuse, un récit rétrospectif négatif des relations parentales, sont liées à un moindre bien-être. Cependant, ceci peut être influencé positivement par l'existence d'une relation actuelle avec une figure d'attachement fiable (Bradley et Cafferty, 2001).

Nous entendons là, ce qui pourrait avoir influencé, dans nos situations d'appel, les IDE à nous mettre en garde face à cet attachement.

En regard de ce modèle théorique, il semblerait que nos attachements adultes en tant que soignants, en tant que patients, en tant que personnes tiendraient à la reproduction des liens

d'attachement primaires vécus dans l'enfance et réactivés tout au long de la vie avec certains autres.

Ainsi, nous comprenons par cette lecture que les liens d'attachement créés avec les patients trouvent leurs origines dans l'enfance, sont inhérents à toute personne quels que soient son âge, son statut socio-professionnel, son expérience et que nous comme beaucoup d'autres soignants peuvent en faire l'expérience. Enfin cela permet de mettre en évidence que l'attachement a donc pour fonction de faire tenir les relations entre individus dans un but de recherche de sécurité. Et nous retrouvons ce phénomène dans la relation de soin.

Afin de comprendre ce qui a pu influencer un attachement envers nos patients respectifs plus que d'autres, nous avons souhaité comprendre comment peut se former ce lien affectif face à certains patients.

Lors de nos situations respectives ainsi que lors de nos différents stages infirmiers nous nous sommes attachées à certains patients plus qu'à d'autres, il convient alors d'apporter des éléments de compréhension concernant les variables influençant la création de ce lien affectif.

Selon un article du Professeur Stiefel (2008), certaines situations de soins peuvent activer des mécanismes psychologiques inconscients, car en effet, certains affects très forts peuvent circuler dans la relation soignant-soigné. Certains sont en lien avec une réponse empathique, qu'il définit comme le fait de comprendre, d'être attentif, sensible aux émotions et aux pensées d'un autre. Ce mécanisme tiendrait plus du fait de la personnalité du soignant que des caractéristiques du patient pouvant la générer. L'empathie implique non seulement que l'on se sente proche du patient, mais que l'on soit ensuite à même de retrouver ses repères.

Dans nos situations d'appel comme dans beaucoup d'autres relations avec des patients nous avons expérimenté cette réponse empathique qui nous rend sensible aux émotions des soignés. Nous avons donc continué d'explorer ces processus afin de comprendre pourquoi nous nous attachons à certains patients plus que d'autres.

Pour Stiefel, des sentiments analogues d'affect peuvent également intervenir dans des moments d'identification massifs, processus qu'il définit comme étant une perte de différenciation entre soi et l'autre, conduisant à l'expérience d'être l'autre. L'identification survient lorsque certaines caractéristiques du patient font écho avec celles du soignant comme l'âge, les figures amoureuses et, par le biais du transfert les imagos parentales intériorisées. Il ajoute que l'identification est douloureuse pour le soignant et oblitère ses capacités professionnelles tenant

du fait qu'il y a une confusion inconsciente entre soi et l'autre. À partir de cette théorie, l'on peut penser que le soignant tend à prendre soin de lui en prenant soin de l'autre.

Dans la première situation d'appel il est question d'un attachement auprès d'une jeune femme de 24 ans, victime d'un accident de la voie publique. Donc patiente dans laquelle l'on peut se retrouver du fait de son jeune âge et de son accident de vie, ainsi il est possible qu'un processus d'identification inconscient ait pu influencer l'investissement affectif. De plus, la question du « et si c'était moi » tend à faire penser à un processus d'identification.

Aussi, selon Stiefel, l'investissement affectif peut tenir également du processus de contre-transfert. Le contre-transfert est défini par Laplanche et Pontalis (1967) comme l'ensemble des réactions inconscientes du soignant en réponse au transfert du soigné. Ainsi par exemple une attente du patient d'être contenu, secouru, sécurisé par un lien affectif, par transfert des imagos parentales, peut induire chez le soignant un contre-transfert positif allant dans le sens de la réponse à cette attente implicite et ainsi générer un investissement affectif réciproque.

Dans la deuxième situation d'appel il est question d'une patiente plus âgée en syndrome de glissement et cherchant une présence humaine, de l'aide affective de la part du soignant. Il est donc envisageable d'avancer que ce processus inconscient de transfert contre-transfert ait pu influencer l'attachement du soignant en réponse à la demande du soigné.

Nous voyons donc à la lumière de ces théories différents processus pouvant engendrer un lien affectif entre soignant et soigné et donc ayant pu influencer l'attachement ressenti lors de nos stages infirmiers. Nous gardons à l'esprit que chaque situation est singulière et ne procède pas des mêmes mécanismes, mais est bien à analyser au cas par cas.

Enfin, Stiefel ajoute que pour bien faire la part des choses et percevoir ce qui distingue empathie, identification et contre-transfert, il est parfois utile de se faire superviser. Ainsi il suggère la participation à des groupes Balint, point que nous développerons dans la troisième partie.

A l'inverse, des mécanismes psychologiques inconscients sont à l'œuvre pour se défendre d'un attachement pouvant faire souffrir le soignant.

Selon Maraquin et Masson (2010), bon nombre de professionnels nient leur attachement aux usagers, pour ne pas souffrir ou parce qu'ils pensent que ce n'est pas professionnel. Selon elles, il existe une sorte de mythe d'un professionnel idéal qui pourrait supporter toutes les souffrances de tous les patients, avec une facilité totalement dépourvue d'émotion. Mais nier

les affects constitue un risque à part entière, et peut-être le plus dangereux, par la non prise en compte des affects de l'autre, la non-reconnaissance d'une altérité dans l'attachement. Elles ajoutent qu'à défaut d'être pensés, les affects risquent d'être agis par une mise à distance des émotions, voire par l'évitement. Ces mécanismes sont donc délétères pour la relation de soin comme pour le patient.

Selon les auteures, reconnaître cet attachement permet de l'appivoiser et d'en faire un réel outil de travail. À cela, deux conditions : accepter d'être touché lorsque l'histoire de l'autre entre en résonance avec nos propres sensibilités, et surtout en parler, donc s'exposer dans nos modes de relation. Interdire cet attachement nous accuse et nous pousse vers une relation déshumanisante. L'autoriser nous déculpabilise et nous encourage à y travailler.

Nous voyons donc en regard de l'article de Maraquin et Masson, au-delà de présenter ces mécanismes d'attachement ou de déni d'attachement, qu'il est important d'en prendre conscience afin de travailler avec ces ressentis.

Dans nos situations d'appel il est bien question d'un attachement ressenti. Le ressentir, le reconnaître serait donc un premier pas dans l'appivoisement de celui-ci dans le but d'en faire un outil de travail.

Ainsi, nous voyons donc que l'attachement est un sentiment naturel inhérent à tout individu tout au long de sa vie, qu'il a pour fonction de faire tenir les relations entre individus selon certains contextes et selon certains mécanismes. Nous concernant, il nous a permis de nous sentir proches des patients par le biais de mécanismes différents. Enfin, nous comprenons qu'il est important d'en prendre conscience mais aussi d'avoir des connaissances théoriques sur les conséquences que peut avoir l'attachement entre soignant et patient.

Nous allons voir quels impacts cet attachement peut avoir dans la relation de soin.

1.3. Impacts de l'attachement dans un contexte de soin

Au travers de nos situations d'appel respectives ainsi que des discours recueillis auprès des soignants, il en ressort des points de vues, divergents, tantôt bien tranchés, tantôt nuancés au sujet de l'attachement. Les IDE nous ont mises en garde face à l'attachement, selon elles les deux parties peuvent en souffrir. D'autres IDE interrogées ont déclaré que l'attachement était en accord avec leurs valeurs de soignants et porteur dans leur engagement auprès des patients. Nous avons donc exploré la littérature à ce sujet.

Selon Maraquin et Masson (2010), cet attachement est nécessaire car il est le support de la force de travail de l'infirmier(e). C'est parce que les professionnels investissent affectivement les personnes qu'ils soignent qu'ils sont des soignants. Selon les auteures, pour être aidante dans le soin, la relation se base sur le respect et une confiance en l'autre. Elles expliquent que cela signifie considérer la personne en tant qu'être humain, dans son unicité, ce qui la caractérise, sans vouloir qu'elle ressemble à aucune autre, et donc d'abord comme une personne digne d'être aimée. Les auteures perçoivent cet attachement comme nécessaire pour la personne soignée, pour qu'elle soit investie dans un lien, mais aussi pour le professionnel. Leur postulat étant qu'un soignant ne peut rester constamment disponible sans affection pour les personnes qu'il soigne, l'affect permettrait de redoubler de patience, d'attention.

Elles soulignent que le sujet reste fort délicat et malheureusement assez tabou, car associé à des sentiments de culpabilité et parfois même de honte. L'interdit d'aimer est devenu légendaire dans le soin. Selon les auteures, cette gêne provient de l'association du mot « amour », dans la langue française, à la séduction, l'érotisme et la sexualité. Enfin, elles mettent en évidence le fait que l'attachement permet aux patients, en situation de vulnérabilité, de créer un lien sûr pour eux. Également il permet aux soignants d'apporter un soin de qualité, car il donne sens à leur pratique et active leur force de travail.

La force de travail découle du caractère volontaire par lequel l'homme s'engage dans le travail et se réalise au travers de celui-ci.

Dans nos expériences respectives, ainsi que nous l'ont rapporté certains IDE, il nous a semblé que nos liens d'attachement étaient porteurs, influençant la force de notre engagement. De plus, comme l'évoquent Maraquin et Masson, l'attachement active la force de travail qui découle de l'engagement. Ainsi, nous avons cherché dans la littérature à approfondir le lien entre attachement et engagement.

Selon Brault-Labbé et Dubé (2009), l'attachement qui est décrit comme une force affective serait le premier déclencheur du processus d'engagement. Ces auteurs ont un modèle intégratif qui définit l'engagement comme l'interaction dynamique de trois éléments : les forces affective, comportementale et cognitive, qui font qu'une personne initie puis maintient une ligne d'action ou de pensée envers un objet social.

Selon les auteurs, la force affective est considérée comme étant souvent responsable du déclenchement du processus d'engagement et correspond au plaisir, à l'intérêt personnel ressenti par l'individu à l'égard de l'objet d'engagement.

Dans nos situations d'appel, la force affective, qui est notre attachement aux patients, nous pousse à être plus proche, plus à l'écoute, plus disponible, au plus près des besoins des patients. Nous apprécions LM comme Mme B. Le temps passé auprès d'elles est agréable. Leurs cas nous intéressent et nous ressentons du plaisir et de la satisfaction lorsque nous parvenons à améliorer leurs quotidiens respectifs.

En second lieu dans cette théorie, la force comportementale, la persévérance, est considérée comme favorisant pour sa part la poursuite des actions et des efforts en dépit des obstacles rencontrés.

Dans nos situations d'appel on peut dire que la force comportementale nous permet de maintenir nos actions malgré les difficultés rencontrées. Avec LM, l'outil de communication a été difficile à mettre en place du fait du départ proche de l'ergothérapeute en vacances. Aussi il a été possible de l'initier juste avant son départ et de le poursuivre seule en tâtonnant au début, puis, en persévérant et avec des recherches adaptées, de l'améliorer et de faciliter la communication. Pour Mme B, les leviers primordiaux quant à son devenir ont été négociés à l'aide de massages et de dialogue, de soin relationnel.

Enfin, la force cognitive correspond à la capacité de réconcilier les éléments positifs et négatifs associés au fait de s'engager.

Voyons ce qu'il en est dans nos situations d'appel respectives. Concernant LM, d'une part sa prise en charge fut couteuse en temps, personnel et professionnel, en énergie mais aussi en vécu émotionnel, comme tristesse et inquiétude. D'autre part le fait de s'engager auprès d'elle fit sens car l'amélioration de la communication avec elle générait une réelle satisfaction.

Concernant Mme B, l'investissement intellectuel a permis de trouver des arguments convaincants pour contrer le syndrome de glissement qu'elle présentait mais cela a soulevé d'autres questionnements tels que la crainte de ne pas être dans une posture soignante mais trop investie affectivement et de finalement être au terme du stage, délétère pour la patiente.

Il semblerait que dans cette étude concernant nos expériences respectives, la variable affective serait la composante principale de notre engagement. Ainsi l'attachement auprès de nos patientes dans nos situations d'appel aurait permis d'initier puis de maintenir notre ligne d'action envers nos elles.

A noter que ce degré d'engagement ressenti nous a semblé améliorer la prise en charge. Cela tenait de notre perception, des représentations que l'on a de la relation de soin : si l'on se sent

investi cela fait sens et il nous semble que la prise en charge est améliorée. Cela nous parut d'autant plus important du fait de la situation de dépendance et donc de vulnérabilité des patients.

A contrario certains auteurs mettent en avant les impacts négatifs liés à la relation d'attachement notamment lorsque ceux-ci sont dépendants. Ce qui rejoint le point de vue des IDE nous alertant dans nos situations d'appel ainsi que certains de nos ressentis.

Selon Guedeney et Guedeney (2006), en raison de la perte de leur autosuffisance, les personnes dépendantes se sentent plus vulnérables et tributaires des personnes qui s'occupent d'elles. Cette dépendance s'accompagne d'une anxiété de séparation et d'une peur d'être abandonnée par la figure d'attachement. Des comportements dont l'objectif est de maintenir la proximité avec la figure d'attachement peuvent alors apparaître. Les troubles somatiques seraient à l'origine, chez le patient, d'une vulnérabilité personnelle. Dans le cas d'une maladie grave, sa progression s'accompagne souvent de la perte de la capacité d'autosuffisance, et peut déclencher des sentiments de vulnérabilité et de dépendance qui menacent le patient. Selon les auteurs, des facteurs individuels vont affecter la façon dont les patients vont trouver de tels besoins supportables ou menaçants d'une part, et la mesure dans laquelle ils vont permettre aux autres de les soutenir d'autre part. En effet, les sentiments de vulnérabilité activent le système d'attachement, qui va influencer à son tour les comportements du patient dans sa façon d'exprimer ses symptômes, et dans sa recherche de soins puis son observance du traitement.

Dans la situation d'appel, madame B exprime clairement son désarroi quant au fait de ne plus marcher, ne plus être indépendante, ne plus être chez elle mais alitée et incapable d'accomplir les actes de la vie quotidienne. Selon Guedeney et Guedeney, cet état de vulnérabilité activerait le processus d'attachement et influencerait des comportements en inadéquation avec le projet de soin ce qui est mesurable dans la situation de madame B.

Concernant LM, bien qu'elle ne puisse pas parler elle manifestait son besoin de soutien en tenant la peluche me représentant dès lors que je quittais mon service. En regard de cette théorie, l'on peut alors se demander si LM éprouvait une anxiété de séparation.

Notons également le modèle théorique de Phaneuf (2018), infirmière et docteure en didactique. Selon elle, il arrive parfois qu'au cours d'une relation particulièrement chaleureuse, le patient s'attende en retour à des attentions, à une qualité particulière de soins et même à quelques passe-droits. La présence de cette soignante lui devient non seulement agréable, mais aussi profitable. Elle répond avec diligence à sa cloche d'appel et cherche à lui procurer un maximum de confort

et de soulagement. Selon elle, il ne s'agit pas ici d'un transfert positif. Si celui-ci trouve que l'infirmière ne répond pas à ses attentes, il peut s'ensuivre une déception parfois ravageuse pour l'alliance thérapeutique. C'est ainsi que le patient pourra développer un transfert négatif envers elle et même envers les autres membres de l'équipe.

Enfin selon Blanchard et al (2006), il est considérable que l'absence de frontière sentimentale entre professionnel et patient pourrait être aussi dangereuse et nocive tant pour le soigné que pour le soignant. Être tellement impliqué dans la situation que se mettre à la place de l'autre revient, de fait, à prendre la place de l'autre. Selon eux, prendre la place de l'autre, finit par l'éjecter ailleurs. Où va-t-il pouvoir se mettre ? Selon les auteurs, cette dépossession exclut le sujet de son existence. Dans cette affectivité envahissante, la relation n'est plus possible. En s'imaginant répondre aux attentes de l'autre, le soignant ne fait que combler sa propre peur du vide dans la relation. Ils précisent « Il n'y a rien de plus dangereux que la gentillothérapie ». Ils soulignent là que cette attitude est néfaste pour le patient qui se retrouve encore un peu plus dépossédé de sa liberté et de ses possibilités de choix. Il n'a d'autre marge de manœuvre que le refus parfois vigoureux, voire violent, ou la soumission complète. Selon Blanchard et al, cette attitude est également dangereuse pour le soignant : une fatigue psychique et physique s'installe, il s'épuise sans comprendre d'où vient cette fuite perpétuelle d'énergie impliquée dans cette relation.

Ce modèle théorique nous permet de nous rendre compte que nous avons investi beaucoup de notre énergie auprès de nos patientes. Nous avons ressenti des émotions vives auprès de ces personnes auxquelles nous nous sommes attachées et avons pris beaucoup de temps personnel. Leurs devenir ont généré de l'inquiétude et du stress, d'autant que nous ne pouvions pas agir sur l'amélioration totale de leurs états de santé. Du fait du vieillissement inévitable de Mme B et des lésions cérébrales irréversibles de LM.

Ces articles nous ont fait prendre conscience des risques que peut recouvrir le sentiment d'attachement, nous avons donc cherché à en savoir davantage sur l'épuisement dont parlent Blanchard et al.

Une étude de Raybois (2014) s'appuyant sur plusieurs auteurs, met en avant l'idée que la relation d'aide, notamment la sollicitation affective qu'elle recouvre, causerait aux soignants du stress. Une issue non adaptative ou négative à ce stress pourrait conduire à l'épuisement psychique et physique du professionnel. Son étude sur le burn out fait état de relations d'aide et d'affects qui donnent sens à la pratique des soignants et permettent un engagement fort auprès

des patients. Aussi, souvent confrontés à la souffrance et à la mort des patients, de plus n'ayant pas les capacités temporelles et organisationnelles que ce type de relation demande, les soignants seraient en souffrance. Cela menacerait leur santé, générerait un désinvestissement professionnel et des stratégies d'évitement qui sont délétères pour les patients.

Donc, en regard de cette étude, il est intéressant de nous demander si des liens d'attachement tels que vécus dans nos situations d'appel, pourraient nous conduire à un épuisement psychique. En effet, l'exposition répétée à ce genre de relation envers le patient en situation de souffrance pourrait engendrer à long terme un risque de burn-out.

Cette partie, apportant des éléments de réponse à notre question de départ, sur l'impact de l'attachement sur le soignant, le soigné et la relation de soin a permis de souligner l'importance de prendre conscience des situations d'attachement pouvant avoir un effet délétère. Certains auteurs précités abordent des pistes de réflexion sur des facteurs protecteurs pour faire face à l'attachement. Donc, nous avons approfondi nos recherches en ce sens, afin de réfléchir à ce qui permet de se prémunir d'attachement pouvant générer du stress et conduire à un épuisement du soignant.

1.4. L'identification de l'attachement comme facteur de protection

Selon les auteurs précités il semblerait que la prise de conscience de soi face à l'autre serait une dimension protectrice face à l'attachement, mais de manière plus générale dans le soin :

Selon Marmilloud (2007), infirmière hospitalière et auteure d'ouvrages sur le sujet, prendre soin de quelqu'un n'est pas seulement le soigner comme malade, c'est d'abord l'approcher comme un alter-ego, comme un autre que soi mais un autre soi d'abord. La relation de soin médicale devient, tout au plus une sorte de miroir, agrandissant de situation limite, de défi ultime, qui permettent de saisir et de comprendre à vif la vérité éthique du rapport humain. Elle met en évidence l'importance d'identifier nos propres processus inconscients que nous projetons sur l'autre, patient. L'auteure cite Confucius qui disait « l'ouvrier qui veut bien faire son travail doit commencer par aiguiser ses outils ». Ce qu'elle transfère pour nous soignantes : pour bien faire son travail auprès des patients il faut avant tout travailler sur nous-même.

Nous saisissons là l'importance de travailler sur soi de manière globale dans un contexte de soin. Aussi selon certains auteurs la communication permettrait de prendre conscience de soi et de se prémunir d'un attachement néfaste dans la relation de soin.

Selon Maraquin et Masson (2010), dès que le soignant n'est pas à sa juste place c'est-à-dire trop investi, dans une relation d'attachement, de dépendance, d'exclusivité, il risque de déraiser. C'est pour cela qu'elles soulignent l'importance de le repérer. Selon elles nous avons des garde-fous à notre disposition : les instances de parole où nous pouvons nous exprimer sur ce que nous vivons pour conscientiser nos ressentis dans la relation de soin. Selon elles nous déraisons si nous pensons que ce n'est pas utile. Ces auteures, qui sont respectivement psychologue et kinésithérapeute, forment des professionnels afin d'animer des ateliers d'analyses de pratique, elles-mêmes en animent au sein de différentes institutions. Ainsi, elles abordent avec les soignants, lors d'analyses de pratique professionnelle, le sujet de la relation d'attachement et l'importance de l'identifier.

Les auteures soulignent que les liens que nous avons créés doivent pouvoir se défaire facilement. Il nous faut en permanence nous ajuster dans un attachement « suffisamment bon » pour soigner.

Dans nos situations d'appel nous n'avons pas communiqué nos ressentis avec les membres de l'équipe et n'avons donc pas conscientisé l'impact qu'un attachement pouvait avoir. Ayant peu de connaissances théoriques au sujet de l'attachement il ne nous semblait pas nécessaire d'en parler avec des pairs.

De plus, selon Formarier (2007), une grande partie de l'apprentissage des infirmières, qu'elles soient étudiantes ou novices dans la discipline, se fait par transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées. Les infirmières expérimentées transmettent leurs connaissances aux novices face aux situations engageant l'affect. Selon elle, la transmission des attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile. Et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation.

En regard du travail de cette auteure, il ressort l'importance du travail de transmission, de l'expérience elle-même, ainsi que l'importance de pouvoir communiquer avec des personnes compétentes sur le sujet de la relation soignant-soigné. Cela permettrait d'acquérir des connaissances sur les modes d'attachement, leurs mécanismes. Nous concernant, les IDE expérimentées nous ont alertées, aussi comme nous n'avions pas de temps et d'espace prévu à

cet effet, nous n'avons pas développé au sujet des types de relation que nous entretenons avec les patients. Nous pouvons aujourd'hui, enrichies de la littérature et avec du recul, nous rendre compte de l'utilité des échanges en équipe. En effet, lors de nos situations, échanger sur nos ressentis avec l'équipe nous aurait permis d'avoir accès à leurs connaissances et à leurs expériences sur le sujet de l'attachement.

Le travail de cette auteure permet de rendre compte de la transmission des savoirs relationnels de l'IDE experte vers la moins expérimentée. Cette communication permettrait d'acquérir des connaissances et d'identifier des mécanismes formant les relations investies d'affect.

Aussi, tout soignant expérimenté ou non peut rencontrer des situations d'attachement complexes ou développer des mécanismes de défense. Nous rappelons que Maraquin et Masson mettent en évidence le fait qu'il est important de ne pas nier nos affects, mais les reconnaître, les identifier afin de travailler avec.

Ainsi, Stiefel relève l'importance de distinguer les mécanismes en jeu dans les liens affectifs au sein de la relation de soin. Pour les identifier, les distinguer et ajuster cette relation, il met en évidence l'importance de la communication au sein d'une équipe autour du sujet de la relation soignant-soigné. Il défend le concept de groupe Balint, qui a pour but de rassembler des professionnels du soin afin d'échanger, de partager des expériences vécues avec des patients. Cela agirait comme levier d'identification des mécanismes, de prise de conscience, et donc un travail réflexif approfondi afin de se situer dans la relation et de réajuster en fonction des mécanismes identifiés.

Ces auteurs ont en commun la notion de communication concernant le travail à effectuer face à la complexité de la relation d'attachement.

Ainsi, nous pouvons penser que si l'on souhaite créer un attachement « suffisamment bon », terme emprunté à Maraquin et Masson (2010), il semblerait nécessiter en tant que soignant, une prise de conscience des relations d'attachement et aussi une connaissance et une identification des mécanismes inhérents à cette relation. Et pour ce faire, nous tendons à penser en nous appuyant sur la littérature, que nous avons besoin du regard, de l'écoute d'autres soignants, afin de les entendre et de nous entendre nous même pour nous permettre de réajuster l'affect investi. Donc, l'identification de l'attachement et de ses mécanismes, permise par la communication, pourrait agir comme facteur de protection pour nous soignant, et in fine pour le soigné.

1.5. L'analyse de pratique professionnelle face aux situations d'attachement

La revue de la littérature met en évidence l'utilité pour le soignant de communiquer, verbaliser ce qu'il peut vivre de positif mais aussi, et c'est le cas de notre étude, de difficile comme lors d'une relation d'attachement avec un patient. nous avons vu que Stiefel explique l'importance pour le soignant de faire la part des choses à savoir, percevoir ce qui distingue empathie, identification et contre-transfert, et que pour cela, il est parfois utile de se faire superviser. Maraquin et Masson, eux, nous ont permis de prendre en considération que bon nombre de professionnels nient leur attachement aux usagers, pour ne pas souffrir ou parce qu'ils pensent que ce n'est pas professionnel et que nier les affects constitue un risque à part entière car à défaut d'être pensés, les affects risquent d'être agis par une mise à distance des émotions, voire par l'évitement. Elles forment des professionnels qui dirigeront des ateliers d'analyses de pratique professionnelle (APP) ; elles-mêmes en animent au sein de différentes institutions et estiment qu'en tant que soignants, nous dérapons si nous pensons que nous n'en avons pas besoin. Ces mécanismes sont donc délétères pour la relation de soin comme pour le patient. Afin de nous permettre une compréhension optimale de cet aspect de notre exercice à venir, nous avons voulu enrichir nos connaissances sur le sujet de l'analyse de pratique en soins infirmiers. En premier lieu, nous avons confronté les connaissances que nous avons acquises durant notre cursus à la façon dont est définie l'analyse de pratique dans la littérature. A l'origine issues des groupes de supervision en psychanalyse, les analyses de pratique sont, selon le psychanalyste Kaes (1993), la compréhension de ce qu'il se passe avec l'autre, avec les autres dans l'accomplissement d'une tâche institutionnelle. Il s'agit pour le professionnel de verbaliser des situations rencontrées dans le cadre de son exercice qui ont pu poser problème ou susciter des émotions vives afin qu'il puisse se décharger et comprendre la part de subjectivité qu'il a investi dans ces situations, ce qui lui permettra de les comprendre et de ne pas les vivre comme une souffrance. Selon lui, « celui qui parle, parle de lui-même » ce qu'il explique par l'idée que l'objectif consiste en la compréhension pour l'analyste et le professionnel « analysé » de la manière dont celui-ci fait usage de sa personnalité, de ses connaissances scientifiques et théoriques et des schémas inconscients qui déterminent ou orientent sa conduite car « travailler sur ses implications consiste à travailler sur ce que chacun investit de lui-même à son insu dans sa pratique professionnelle avec celui ou ceux qui a ou ont recours à ses services ». Face à nos situations vécues et eu égard des témoignages des professionnels de terrain exerçant, nous comprenons l'enjeu et l'importance des analyses de pratiques. Ainsi, la littérature nous permet de mettre des mots, comprendre, argumenter et aborder nos émotions en connaissance de cause.

Oui, comprendre ce qui se joue et la nécessité de procéder à l'analyse de pratique dans l'exercice de nos fonctions futures nous semble un élément important pour nous préserver et perdurer dans nos carrières respectives. Si nous apprenons les arguments d'une telle nécessité, nous prenons toutefois, grâce à la littérature la mesure de certaines limites dans l'analyse de pratique. En effet, selon Lacan (1993), « l'effet de groupe a ce qu'il ajoute d'obscénité à l'effet imaginaire du discours ». Cette phrase soulève la question de la mise en œuvre de l'analyse de pratique ; en effet, elle se pratique en groupe. Si l'analyse de pratique permet au soignant de parler de lui en parlant du soigné et si pour cela, il s'agit d'évoquer pour comprendre ses mécanismes personnels, alors, pourquoi se pratique-t-elle en groupe ? Selon Balint (1993), « fournir une aide continue au moyen de séances individuelles est un système qui prend trop de temps au spécialiste... ». D'autre part, nous avons eu connaissance d'un autre indicateur expliquant la mise en œuvre groupale de l'analyse de pratique, à savoir, que les besoins se font le plus souvent ressentir au sein d'un service. Nous nous sommes alors interrogées en regard de cette lecture et des témoignages de professionnels recueillis et en sommes arrivées à un questionnement. S'il s'avère important pour les soignant de pouvoir verbaliser ses émotions face à une relation d'attachement, comment, dans la réalité du quotidien pouvoir intégrer, quand souvent le temps manque, des groupes de parole ? Les analyses de pratiques aujourd'hui nécessitent-elles exclusivement la présence d'un analyste pour être efficaces ? Nous avons trouvé la réponse dans la littérature et savons à présent que cette variété de groupes de supervision n'est plus réservée à l'animation d'un psychanalyste, mais peut être animée par quelqu'un qui a été formé ; en effet, Il existe des sociétés nationales groupe Balint qui forment des professionnels à l'analyse de pratique à l'instar des auteures Maraquin et Masson (2010). Il convient donc de positionner l'analyse-de-la-pratique dans le contexte de réflexivité de l'acteur en action. Travailler sur le sens de sa réalité de travail peut résoudre le « risque de se perdre » (Zarifian, 2010). Si cette question est soulevée, il n'en est pas moins que verbaliser, identifier, comprendre l'origine et les mécanismes de l'attachement reste un atout primordial dans l'efficacité de la profession infirmière ou le professionnel est toujours au plus près du patient.

Cette revue de la littérature nous a donc permis de mettre en lumière la dimension protectrice que peut recouvrir la communication au sein d'une équipe, ou d'un groupe de parole constitué de professionnels face aux difficultés que peut représenter l'attachement. Cela permettrait d'identifier ce qui se joue dans ce type de relation et ainsi de diminuer les impacts néfastes.

Nous avons alors réalisé une enquête exploratoire afin de confronter l'état des lieux de la littérature aux réalités du terrain. Nous avons cherché à comparer ce que la littérature nous a

permis de comprendre, quant à l'impact que l'attachement peut avoir sur le soignant et sur la prise en charge d'un patient, aux mécanismes de ce lien affectif et à la possibilité de les identifier par le biais de la communication entre professionnels.

2. Enquête exploratoire

2.1. Méthodologie de l'enquête

2.1.1. Objectif de l'enquête

Par le biais de notre enquête, nous souhaitons mettre en évidence le lien entre la communication entre soignants au sujet des situations d'attachement et leur capacité à identifier les situations d'attachement, leurs impacts et leurs mécanismes.

2.1.2. Population choisie

La population choisie est celle des infirmiers exerçant dans tout type de service ou en libéral. Ayant tout âge et tout niveau d'expérience. Hommes et femmes.

2.1.3. Choix des outils

Pour effectuer cette enquête, nous avons utilisé deux outils. Le premier outil est un questionnaire à destination de cent IDE et le second, un entretien à destination de cinq IDE.

2.1.3.1. Le questionnaire

C'est un outil permettant de recueillir des informations quantitatives. Le questionnaire (cf annexe 1) est destiné à tous les IDE travaillant en institution comme en libéral. Il est expliqué aux participants le sujet de l'enquête et il est rappelé qu'il est anonyme. Il est composé de 15 questions : 12 questions à choix multiples, 2 questions fermées dichotomiques et une question à réponse ouverte courte. Il se décline en cinq parties. Une première partie, de la question 1 à la question 4, permet de définir le profil du soignant interrogé : sexe, tranche d'âge, nombre d'année d'expérience en tant qu'IDE, lieu de travail. Une deuxième partie, de la question 5 à la question 7, permet de rechercher les ressentis affectifs ou non des soignants envers des patients, ainsi que leur capacité à les identifier en tant qu'attachement. Une troisième partie, de la question 8 à la question 11, permet de rechercher les impacts des situations d'attachement sur les soignants ainsi que leurs connaissances en regard de ce phénomène. La quatrième partie, de la question 12 à la question 13 recherche les mécanismes à l'œuvre dans la formation de l'attachement des soignants ainsi que leurs connaissances sur le sujet et leur capacité à les identifier. La dernière partie, de la question 13 à la question 15 questionne la qualité de la

communication au sein de l'équipe au sujet des relations d'attachement vécues ainsi que l'existence ou non d'analyse de pratique professionnelle.

2.1.3.2. Les entretiens

Le second outil utilisé est l'entretien (cf annexe 2). Le type d'entretien que nous avons choisi est l'entretien semi directif. Il permet de récolter des informations qualitatives qui n'ont pu l'être avec le questionnaire. Les entretiens ont été menés auprès de quatre IDE exerçant en institution dans des services différents et d'un IDE exerçant en libéral. Les caractéristiques des participants sont variées : âges, années d'expérience, sexe, lieu d'exercice. Deux femmes et trois hommes ont été interrogés. Le guide d'entretien est composé d'une question inaugurale large puis de mots clés sur les thèmes issus de la revue de la littérature, cela permet de garder un axe durant l'entretien et de rebondir sur le discours des soignants selon ces thèmes.

2.2. Déroulement de l'enquête

Nous avons dans un premier temps réalisé notre questionnaire à partir du logiciel Google formulaire. Nous avons par la suite diffusé le questionnaire sur internet via les groupes de partage et d'entraide destinés aux infirmiers. Nous avons récupéré 100 réponses. Dans un second temps, nous avons réalisé cinq entretiens avec des infirmiers exerçant dans des services différents, d'âges et de temps d'expérience différents. Nous les avons contactés par téléphone afin de solliciter auprès d'eux un entretien dans le cadre d'un travail de fin d'étude. Et, avec leur accord, avons convenu d'un rendez-vous selon leurs disponibilités dans un lieu calme, isolé. Lors du rendez-vous, nous leur avons demandé de répondre le plus sincèrement possible et leur avons garanti la préservation de leur anonymat. Nous ne leur avons donné aucune information concernant le thème de l'entretien en amont. Puis nous avons démarré l'entretien par la question inaugurale. La mise en œuvre de l'enquête exploratoire a duré quinze jours.

2.3. Analyse des résultats

2.3.1. Analyse des questionnaires

Les résultats du questionnaire sous forme de graphiques sont présentés en annexe 3. Le croisement des données a été réalisé à partir d'Excel. 100 réponses ont été récupérées.

La première partie porte sur le profil des personnes interrogées. Il y a peu d'écarts entre les réponses des hommes et les réponses des femmes. Cependant, seulement 7% des soignants ayant répondu sont des hommes. La population interrogée est jeune puisque 86% des interrogés ont moins de 40 ans. Concernant le nombre d'années d'exercice de la profession, la

majorité exercent depuis moins de 10 ans (91%) : 74% exercent depuis 3 ans ou moins, 17% entre 4 et 9 ans. Les croisements de données ne mettent pas en évidence de différences significatives entre les réponses selon l'âge ni le niveau d'expérience mais il est à noter que peu de soignants expérimentés ayant répondu cela ne peut être significatif. Enfin concernant les lieux d'exercice il ressort qu'environ la moitié de la population interrogée travaille en service de moyen et long séjour et l'autre moitié est constituée d'infirmiers(ères) exerçant en court séjour ou en libéral. Donc la population de l'échantillon interrogé est en majorité composée de femmes, âgées de 20 à 40 ans, exerçant depuis moins de 10 ans en long séjour.

Dans la deuxième partie du questionnaire, les résultats montrent que 96 % des soignants déclarent s'attacher aux patients : pour 52 % cela se passe souvent et pour 44 % cela arrive rarement. Aussi, il est à noter que 79 % des soignant déclarent penser aux patients auxquels ils sont attachés en dehors du temps de travail. La majorité d'entre eux déclarent s'inquiéter pour ces patients et vouloir leur apporter réconfort et sécurité. On peut donc voir dans cette partie que la majorité des soignants interrogés disent s'attacher, aussi il ressort qu'autant de professionnels connaissent et identifient certaines caractéristiques inhérentes à la relation d'attachement.

La troisième partie met en évidence le fait qu'environ la moitié des soignants reconnaissent autant des impacts négatifs des situations d'attachement que bénéfiques, pour le soignant comme pour le soigné. Il est à noter que 73 % des professionnels interrogés reconnaissent l'attachement comme favorisant l'alliance thérapeutique et 65 % d'entre eux reconnaissent que cela peut entraîner de la tristesse. Aussi il ressort que la majorité des soignants s'accorde à dire que les situations d'attachement peuvent engendrer fatigue psychique voire épuisement professionnel. Ces données sont en accord avec leur ressenti, car près d'un soignant sur deux déclarent avoir ressenti de la tristesse et de la fatigue suite à une situation d'attachement auprès d'un patient. Il est à noter que près d'un professionnel sur 10 déclare avoir eu envie de quitter sa profession suite à des prises en charge dans ce contexte d'attachement. Enfin notons que les soignants issus de service comme l'oncologie et les soins palliatifs, donc souvent confrontés à la souffrance et à la mort des patients, sont ceux qui déclarent le plus être attachés, ressentir des impacts négatifs et sont assez d'accord voire tout à fait d'accord avec le risque de fatigue psychique et d'épuisement professionnel lié à l'attachement.

La quatrième partie met en lumière le fait que la majorité des soignants reconnaissent l'empathie et le transfert comme étant des mécanismes à l'origine des liens d'attachement. Ce résultat concorde avec ce qu'ils disent ressentir de ces mécanismes car en effet ils sont autant à

déclarer prendre en charge un patient comme eux souhaiteraient l'être, et reconnaître en un patient l'image de quelqu'un qui leur est proche. A contrario, un soignant sur quatre seulement reconnaît le contre-transfert comme mécanisme pouvant être à l'origine de l'attachement alors qu'en interrogeant leurs ressentis ils sont en majorité à l'avoir éprouvé sans l'identifier. Enfin 41 % des soignants reconnaissent l'identification comme mécanisme et à peu près autant décrivent les ressentis inhérents. Nous voyons dans cette partie que certains mécanismes (identification et contre-transfert) sont moins connus que d'autres et moins bien identifiés.

La dernière partie montre que la majorité des soignants communiquent avec leur équipe au sujet des situations d'attachement, elle montre également que seulement 30 % des professionnels interrogés bénéficient d'analyse de pratique professionnelle.

Donc, les résultats de ce questionnaire rendent compte, dans l'ensemble, que la majorité des professionnels peuvent communiquer avec des collègues au sujet des situations d'attachement et que globalement leurs connaissances au sujet de l'attachement, de ses impacts et mécanismes sont dans la moyenne. Cependant nous notons que certains impacts négatifs ne sont pas connus de la plupart des soignants. Aussi, certains mécanismes liés à l'attachement sont assez méconnus et mal identifiés. Les impacts et mécanismes retrouvés dans la littérature sont souvent ressentis par les soignants mais pas toujours identifiés ou nommés. Nous pouvons nous demander si les analyses de pratique professionnelles au sujet des relations affectives avec les patients, qui sont très peu expérimentées par les sujets interrogés, peuvent avoir un intérêt en vue d'améliorer ces connaissances et identifications.

2.3.2. Analyse des entretiens

Les retranscriptions des entretiens sont fournies en annexe 4. Les matrices, fournies en annexe 5 sont composées de trois catégories qui permettent d'analyser le contenu du discours des infirmiers(ères) : une catégorie concept clés (identifiés dans la littérature), une catégorie verbatim permettant de relever les morceaux de discours en lien avec notre thème de recherche et une catégorie analyse et interprétation.

D'abord, l'analyse des entretiens met en évidence le fait que tous les infirmiers interrogés ont fait l'expérience de situations d'attachement multiples. Sauf un IDE (entretien 3), qui nomme cela relation affective, ils ont tous posé le mot attachement sans que nous l'ayons prononcé. Ils décrivent tous ce lien comme durable et ayant une fonction de sécurisation du patient car favorisant une relation plus proche, plus confiante. Nous retrouvons donc là les notions évoquées dans la littérature. Ensuite, ils évoquent tous des impacts bénéfiques de cet

attachement envers les patients, ils se sentent plus investis et cela donne sens à leur pratique. Nous retrouvons également chez chacun des IDE interviewés une description d'impacts néfastes, comme le sur-engagement, la confrontation difficile à la souffrance des patients auxquels ils sont attachés et le risque d'épuisement a été évoqué par trois d'entre eux. Aussi nous notons le fait que quatre d'entre eux décrivent une souffrance face aux patients décédés. Une des IDE (entretien 1) a montré son émotion encore présente par la manifestation de pleurs durant l'entretien. Tous les IDE s'accordent à dire qu'ils continuent de travailler avec ce lien affectif et qu'avec de l'expérience ils travaillent mieux avec. Aussi, deux d'entre eux (entretien 3 et 5) décrivent une mise à distance des émotions parfois lorsqu'ils se sentent en difficulté. De plus, pour la majorité d'entre eux la communication avec leur équipe est très importante face à ces situations d'attachement, elle leur permet de mettre des mots sur leurs liens et d'identifier des mécanismes et des difficultés. Seulement l'un d'entre eux (entretien 2) a bénéficié d'analyse de pratique, animée par un psychologue dans son cas, sur le sujet de l'attachement, depuis il identifie ces situations, leurs mécanismes, dit ne plus employer de mécanismes de défense pour se protéger et transmet maintenant son savoir aux soignants moins expérimentés. Enfin, quatre d'entre eux déclarent percevoir l'analyse pratique comme ayant un grand intérêt face aux liens d'attachement envers les patients.

Cette enquête exploratoire permet de rendre compte de la réalité du terrain vis-à-vis du sujet de l'attachement tel que décrit dans la littérature. Donc, nous retrouvons bien ce phénomène d'attachement chez la majorité des soignants interrogés quel que soit leur âge, nombre d'année d'expérience, sexe, lieu d'exercice. Les impacts bénéfiques et néfastes liés à l'attachement tels que décrits dans la théorie sont retrouvés sur le terrain. Plus de la moitié des soignants s'accordent à dire que la relation d'attachement peut conduire à une fatigue psychique voire un épuisement, tel que vu dans la littérature. La majorité des soignants déclarent les ressentir, aussi, peu de soignants ont connaissance de tous les impacts existants. Nous retrouvons cet écart concernant les mécanismes liés à l'attachement, ils sont souvent ressentis, mais peu de soignants ont connaissance de tous les mécanismes. Enfin, la plupart des soignants ne bénéficient pas d'analyse de pratique professionnelle ou de groupe de parole, nous n'avons donc pas pu faire l'état des lieux de la pratique. Nous pouvons cependant constater que plus de la moitié des soignants peuvent parler des relations d'attachement avec leur équipe, mais seulement un quart d'entre eux s'adressent à un professionnel plus expérimenté sur le sujet. Seulement un des soignants ayant été entendu en entretien a déjà bénéficié de groupe de parole sur le sujet. Aussi, il accepte de travailler avec ce lien affectif, nomme les impacts qu'il ressent

et les mécanismes qu'il identifie pour lui-même et travaille à transmettre ses connaissances avec son équipe, notamment auprès des jeunes diplômés.

Cette enquête exploratoire permet de faire évoluer notre raisonnement comme suit :

L'analyse de pratique professionnelle pourrait permettre d'identifier les mécanismes employés par les IDE dans un contexte d'attachement, leurs impacts et ainsi réajuster l'affect investi pour diminuer le risque d'épuisement professionnel.

Ainsi, nous nous attendons à ce que la participation des IDE à des analyses de pratique professionnelle favorise leur capacité d'identification des situations d'attachement, leurs mécanismes de formation et leurs impacts.

3. Méthode

3.1. Hypothèse de recherche

La participation des IDE aux analyses de pratique professionnelle favorise leur capacité d'identification des situations d'attachement, leurs mécanismes et leurs impacts.

3.2. La méthode expérimentale

Cette méthode, selon Chevreul, permet d'observer et de déterminer la causalité d'un phénomène. Il s'agit d'une démarche scientifique qui consiste à contrôler la validité d'une hypothèse au moyen d'épreuves répétées, au cours desquelles on modifie un à un les paramètres de situation afin d'observer les effets induits par ces changements. Les conditions sont fixées par un protocole qui peut être repris à l'identique par tout nouvel expérimentateur.

Cette méthode de recherche nous permettra de tester notre hypothèse. En effet, nous émettons l'hypothèse qu'une variable agit sur une autre, et la méthode expérimentale permettra de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse avançant un lien de causalité entre nos variables.

3.3. Objectifs de recherche

Notre objectif est de démontrer qu'il existe un lien de causalité entre la participation des soignants à des analyses de pratique professionnelle au sujet de l'attachement et leur capacité à reconnaître les situations d'attachement qu'ils rencontrent, les mécanismes qu'ils emploient, les impacts vécus.

3.4. Dispositif de recherche

Population

Pour notre étude nous choisissons de sélectionner des IDE issus de quatre services différents. Ce qui donnera lieu à un échantillon de 60 participants. Les IDE que nous sélectionnerons pour notre étude seront volontaires et issus de services prenant en charge des patients à pathologie

lourde, pouvant aller jusqu'au décès. Il s'agit du service d'oncologie (G1), de celui de soins palliatifs (G2), de soins de suite et de réadaptation (G3) et de l'unité de soins longue durée (G4). Les critères d'inclusion sont : tout IDE souhaitant participer à l'étude, travaillant dans le service, dans lequel il n'existe pas d'atelier d'analyse de pratique professionnelle. Les critères d'exclusion sont : les soignants nouveaux arrivants ayant bénéficié d'analyse de pratique peu de temps avant, ainsi que tous ceux ayant par le passé déjà bénéficié d'analyse de pratique sur le thème de l'attachement, afin de contrôler une variable parasite dans la recherche.

Outils

Nous utiliserons un questionnaire non standardisé élaboré spécifiquement pour cette recherche, il comportera en première partie des items évaluant leurs connaissances sur l'attachement et leur capacité à l'identifier. La deuxième partie sera composée d'items permettant l'évaluation des connaissances des soignants quant aux impacts des situations d'attachement sur les soignants et les soignés. Egalement, des items permettant d'évaluer leurs connaissances sur les mécanismes inconscients à l'origine de la formation de l'attachement ainsi que leur capacité à les identifier. Ce questionnaire, sous googleform est administré en deux temps, avant la mise en place des conditions expérimentales (APP) et une fois après.

Déroulement

Tout d'abord, les IDE participants auront donné par écrit leur consentement éclairé pour participer à cette étude, après avoir été informés de ses objectifs et de son déroulement. Il aura été demandé également l'aval des Directeurs des établissements ainsi que des cadres afin d'intervenir dans les services. Un professionnel de santé habilité à animer des analyses de pratique professionnelle (APP) aura été contacté afin de préparer une APP sur le thème de l'attachement. Ensuite il sera convenu un jour et une heure de rdv pour chaque service dans une salle au calme, les IDE participants viendront en dehors de leur temps de travail. Un questionnaire leur sera soumis en deux temps : une première fois (T1) 30 minutes avant de débiter l'expérience (APP) et une seconde fois (T2) 10 minutes après celle-ci. L'expérience aura lieu l'après-midi entre 15h et 18h pour chaque groupe afin de contrôler la variable moment de la journée. En T1, nous ferons passer le questionnaire à l'ensemble de l'échantillon, soit G1, G2, G3, et G4 dans une salle de leurs services respectifs. Un expérimentateur demandera de remplir le questionnaire qui leur aura été transmis par mail par le cadre de leur service, en rappelant les conditions d'anonymat auxquelles il est tenu. La passation du questionnaire dure environ 20 minutes. Dans un deuxième temps, les participants bénéficieront des conditions expérimentales et donc de la participation à l'atelier d'APP sur le thème de l'attachement, animé

par le professionnel choisi. A la fin de l'expérience le questionnaire est passé en T2 dans les mêmes conditions que la première session. Cette étude est transversale et durera environ une semaine.

Plan expérimental

La première variable indépendante (VI) de notre étude est la participation à l'atelier d'analyse de pratique professionnelle. Cette VI est intra-sujet et provoquée.

La deuxième VI est le moment de la passation du questionnaire. Elle comporte deux modalités : avant APP (T1) et après APP (T2). Cette VI est intra-sujet et provoquée.

La variable dépendante (VD) est le niveau de connaissances des soignants sur l'attachement, leurs mécanismes et impacts ainsi que leur capacité à les identifier. Ce niveau sera apprécié à l'aide d'un score établi à l'issue du questionnaire. L'hypothèse opérationnelle est la suivante : Les scores des IDE sur le thème de l'attachement, des mécanismes de l'attachement et des impacts de l'attachement seront augmentés lors de la deuxième passation du questionnaire, après leur participation à l'analyse de pratique professionnelle au sujet de l'attachement.

3.5. Résultats

Les données recueillies à partir des questionnaires donneront des scores. Ils seront traités et analysés grâce à un logiciel permettant d'effectuer un traitement statistique. Ce dernier permettra de faire des moyennes, des médianes et de voir l'évolution des scores avant et après condition expérimentale. La variation des scores permettra de vérifier ou non notre hypothèse et donc le lien causalité entre nos variables.

3.6. Limites

Cette étude est transversale et ne permet donc pas d'apprécier les effets des analyses de pratique professionnelle dans le temps sur les soignants. En effet une étude longitudinale, au cours de laquelle plusieurs APP auraient été réalisées (peut-être une par mois), aurait permis de confirmer l'évolution des capacités d'identification des soignants sur le sujet de l'attachement et donc d'observer une évolution des scores des questionnaires. De plus, une étude longitudinale aurait permis de rechercher les effets des APP sur le niveau de stress et de fatigue des soignants, en plus des connaissances et modes d'identification de l'attachement, et donc de vérifier si en réajustant l'affect investi une fois identifié, cela permet de réduire le risque d'épuisement. Enfin, pour des raisons de faisabilité cette étude mobilise seulement quatre services, ce qui peut donner lieu à un échantillon trop petit et donc non représentatif de la population.

Conclusion

Ce travail de fin d'études est l'aboutissement symbolique de notre cursus infirmier. Ce cursus nous a permis d'acquérir des connaissances qui, même si elles restent exponentielles à l'approche de notre prise de poste, nous permettent d'avoir des bases solides qui seront étayées de notre expérience professionnelle à venir. A l'instar du cursus, ce travail a eu pour objectif de confronter la théorie à la pratique de terrain. En effet, durant ces trois années nous avons conscientisé tout ce que représente et convoque la profession infirmière à nos yeux ; de la technicité, des savoirs scientifiques mais au cœur de tout cela, de l'humanité. Ainsi, c'est cela que représentent nos situations d'appel, des situations vécues et éprouvées qui ont fait appel à ce que nous sommes en tant que personnes, ce qui nous construit, nous touche tout en y ajoutant notre professionnalisme et les connaissances acquises. Prendre pleine conscience de la richesse de la profession infirmière telle que nous la ressentons et telle que nous voulons l'exercer, aller à la rencontre des savoirs, de l'agir, à la rencontre de l'autre et de soi au travers de la science. Par le biais de recherches approfondies sur la relation d'attachement, nous avons pu en comprendre ses mécanismes de formation et leurs impacts pour ainsi rechercher comment en faire une force de travail sans en subir et faire subir aux patients des conséquences délétères lors d'une prise en charge. De plus, les entretiens conduits auprès d'infirmiers en exercice dans le cadre de l'enquête exploratoire, nous ont fait prendre conscience que nous n'étions plus dans une posture étudiante mais que nous parlions bien le même langage, de collègue à collègue. Alors, en mettant à profit ce que cette étude nous a permis de comprendre, à savoir, la place de la communication au sein de l'équipe, l'intérêt des analyses de pratiques dans la profession, nous constatons que même si la communication entre pairs est dans l'ensemble fluide, les analyses de pratique, elles, manquent. Aussi, nous comprenons l'intérêt tout particulier d'une écoute et d'un regard analytique pour permettre un réel travail de compréhension de soi et de l'autre. Dans ce constat, nous nous questionnons à présent sur l'intérêt de mettre en place, et comme cela se fait grâce à des formations conçues spécifiquement à cet effet, un professionnel formé et un temps dédié aux analyses de pratique de manière régulière au sein des services.

Bibliographie

- Blanchard, F., Morrone, I., Ploton, L., & Novella, J.-L. (2006). Une juste distance pour soigner ? *Gerontologie et société*, 29 / n° 118(3), 19-26.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte. Vol 1*. Paris PUF : 2002.
- Bradley, J. M., & Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults : Currents issues and directions for future research. *Attachment & Human Development*, 3(2), 200-221. Consulté le 3 avril 2021, à l'adresse <https://doi.org/10.1080/14616730110058016>
- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2009). "Mieux comprendre l'engagement psychologique : Revue théorique et proposition d'un modèle intégratif". *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 81(1)*, 115-131.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*, N° 66(2), 14-22.
- Espace de Réflexion Ethique Régional Nouvelle-Aquitaine | ERENA Poitiers*. (s. d.). Espace de Réflexion Ethique Régional Nouvelle-Aquitaine | ERENA Poitiers. Consulté 29 avril 2021, à l'adresse https://poitiers.espace-ethique-na.fr/ressources_1025/ouvrages_1007/soigner-un-choix-d-humanite_1545.html
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42.
- La communication dans le travail | Cairn.info*. (s. d.). Consulté 29 avril 2021, à l'adresse https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=COMOR_038_0135
- Guedeney, A., & Guedeney, N. (2006). *L'attachement : concepts et applications*. Paris : Masson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris PUF : 2007.
- Laurent, É. (2010). Lacan analysant. *La Cause freudienne*, N° 74(1), 16-19.
- Maraquin, C., & Masson, G. (2010). Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 107(3), 128-130.
- Marmilloud, L. (2007). *Soigner, un choix d'humanité*. Paris : Vuibert.
- Mistycki, V., & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : Clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 43-51.
- Netgen. (s. d.). *Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même*. Revue Médicale Suisse. Consulté 29 avril 2021, à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-144/Le-stress-du-soignant-ou-comment-se-soigner-soi-meme>

Phaneuf, M. (s. d.). *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?* 28.

Raybois, M. (2014). La santé des soignants altérée par les relations. Une interrogation sur le rôle de la relation de soin dans les problèmes de santé au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16-3, Article 16-3. <https://doi.org/10.4000/pistes.4072>

Vidal, J.-P. (2002). De l'usage analytique des « effets » de groupe dans l'analyse clinique de pratiques professionnelles (acpf). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 39(2), 7-27.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire relatif à la relation soignant soigné à destination des Infirmiers(e) diplômés d'état ou en exercice libéral (IDEL).

Dans le cadre de notre formation en 3^{ème} année au sein de l'institut de formation en soins infirmiers d'Ajaccio, nous souhaitons réaliser pour notre travail de fin d'études une enquête exploratoire. Nous sollicitons votre aide et votre temps afin de répondre à notre enquête. Nous vous remercions par avance de votre participation.

Ce questionnaire est anonyme.

1) Vous êtes :

Un Homme

Une femme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

20 à 30 ans

31 à 40 ans

41 à 50 ans

51 à 60 ans

Plus de 60 ans

3) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier ?

0 à 3 ans

4 à 9 ans

10 à 20 ans

Plus de 20 ans

4) Dans quel service exercez-vous ? (Précisez si IDE libéral)

5) Il vous arrive de vous attacher auprès d'un patient :

Souvent

Rarement

Cela ne vous arrive plus

Jamais

6) Vous est-il déjà arrivé de ressentir de l'affection envers des patients ?

Oui

Non

7) Au sujet des patients, il vous est déjà arrivé de (plusieurs réponses possibles)

Penser à eux chez vous

Ressentir de l'inquiétude pour eux

Ressentir que l'évolution de leur état de santé a un impact sur vous

Ressentir de la satisfaction en leur présence

Ressentir le besoin de leur apporter réconfort et sécurité

Vous sentir dans une relation privilégiée ou exclusive

Autre

8) Selon vous, une relation d'attachement auprès d'un patient peut (plusieurs réponses possibles) :

Occasionner du stress

Occasionner de la tristesse

Occasionner de l'inquiétude

Occasionner un danger

Être un moteur pour la prise en charge

Créer un sentiment sûr pour le patient

Favoriser l'alliance thérapeutique

9) Les situations d'attachement du soignant envers un patient peuvent entraîner une fatigue psychique. Vous êtes

Pas d'accord

Peu d'accord

Assez d'accord

Tout à fait d'accord

10) Elles peuvent conduire à l'épuisement professionnel. Vous êtes

Pas d'accord

Peu d'accord

Assez d'accord

Tout à fait d'accord

11) A la suite d'une prise en charge dans laquelle vous vous sentiez impliqué(e) affectivement il vous est déjà arrivé (plusieurs réponses possibles)

De vous sentir triste

D'avoir des difficultés à vous concentrer

De vous sentir fatigué

D'avoir envie d'arrêter cette profession

Rien de tout ça

12) Selon vous, l'attachement se formerait par des mécanismes tels que : (plusieurs réponses possibles)

Empathie

Identification

Transfert

Contre-transfert

13) Il vous est déjà arrivé de (plusieurs réponses possibles)

Vous reconnaître dans l'histoire ou la personnalité d'un patient

Vous apercevoir que vous preniez un patient en charge comme vous souhaiteriez être pris en charge

Reconnaître en un patient l'image de quelqu'un qui vous est proche

Chercher à apporter du réconfort à un patient qui était en demande

14) Vous vous retrouvez dans une situation d'attachement auprès d'un patient, que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles) :

Vous échangez avec l'ensemble de l'équipe ou au moins avec une personne privilégiée au sein de l'équipe

Vous abordez le sujet avec un(e) infirmier(e) plus expérimenté(e)

Vous en parlez dans la sphère privée (en gardant l'anonymat des patients)

Vous le gardez pour vous, vous préférez ne pas communiquer au sujet de vos ressentis

Vous le gardez pour vous, car il y a peu ou pas de communication au sein de l'équipe

15) Bénéficiez-vous au sein de votre service d'un temps dédié à la parole tel que groupe de parole ou analyse de pratique ?

Oui

Non

Annexe 2 : Guide d'entretien

Racontez-nous une expérience au cours de laquelle vous avez vécu une relation privilégiée avec un patient. Comment cela s'est-il passé, comment l'avez-vous vécu.

Attachement identification description

Impacts de l'attachement

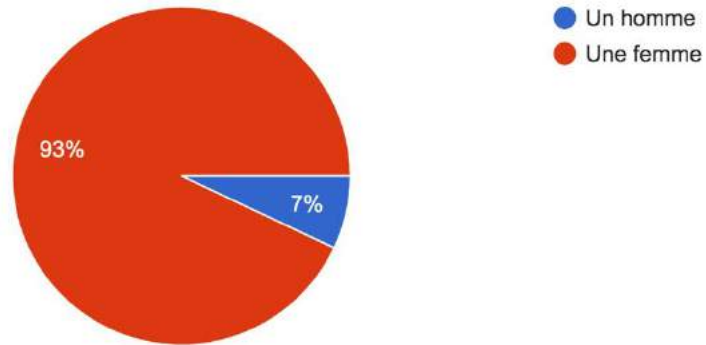
Mécanismes favorisant l'attachement : empathie identification transfert con transfert

Solutions : communication avec l'équipe, groupe de parole, analyse de pratique

Annexe 3 : Résultats des questionnaires

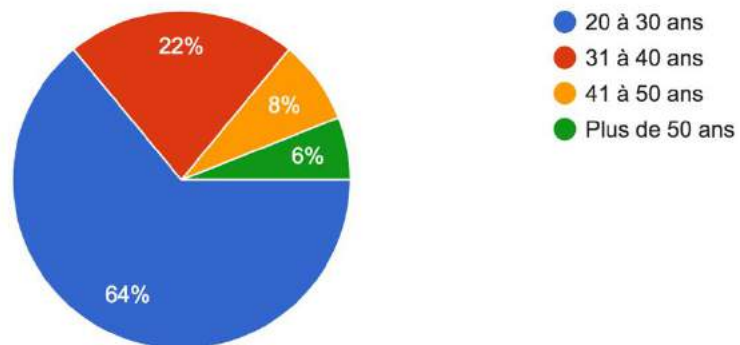
1) Vous êtes

100 réponses



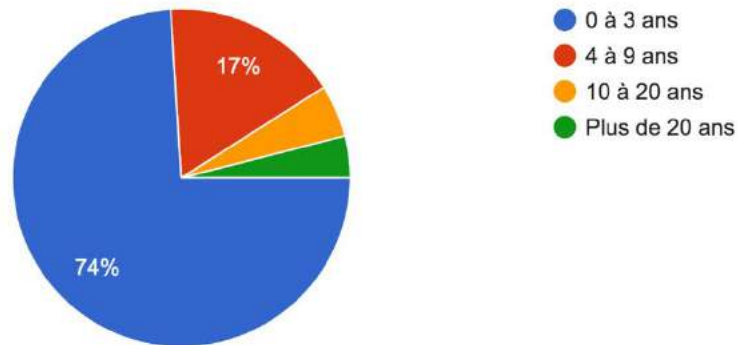
2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

100 réponses



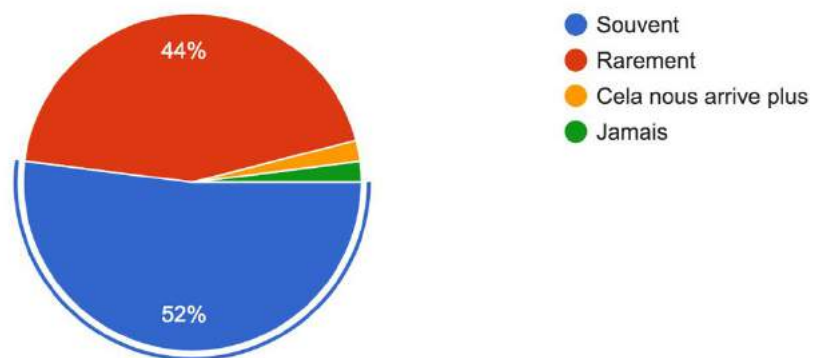
3) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier ?

100 réponses



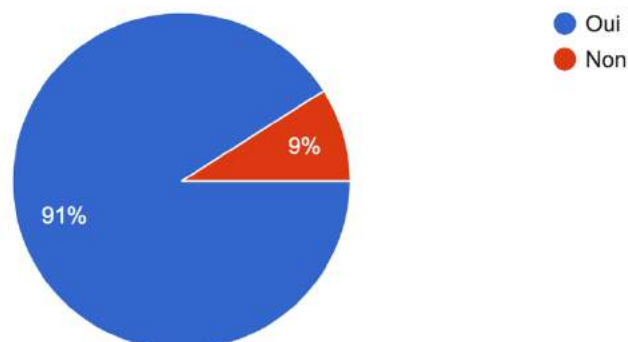
5) Il vous arrive de vous attacher auprès d'un patient :

100 réponses

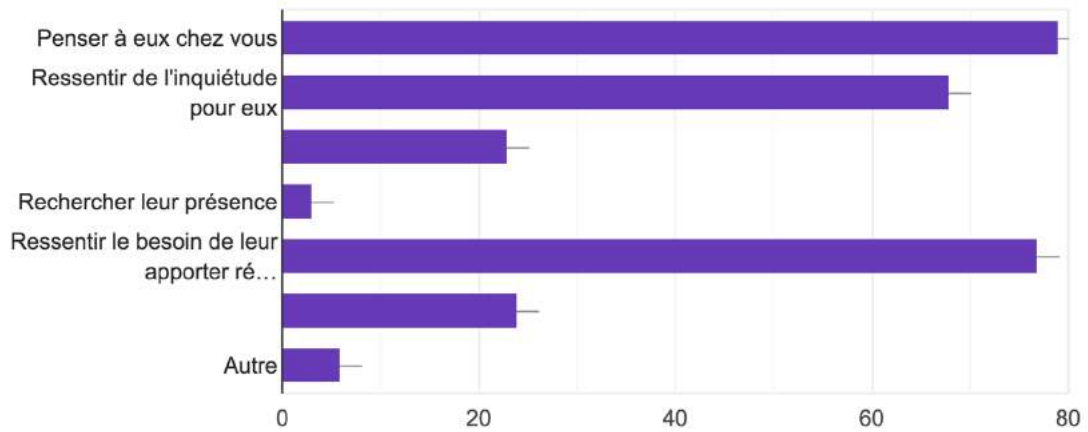


6) Vous est-il déjà arrivé de ressentir de l'affection envers des patients ?

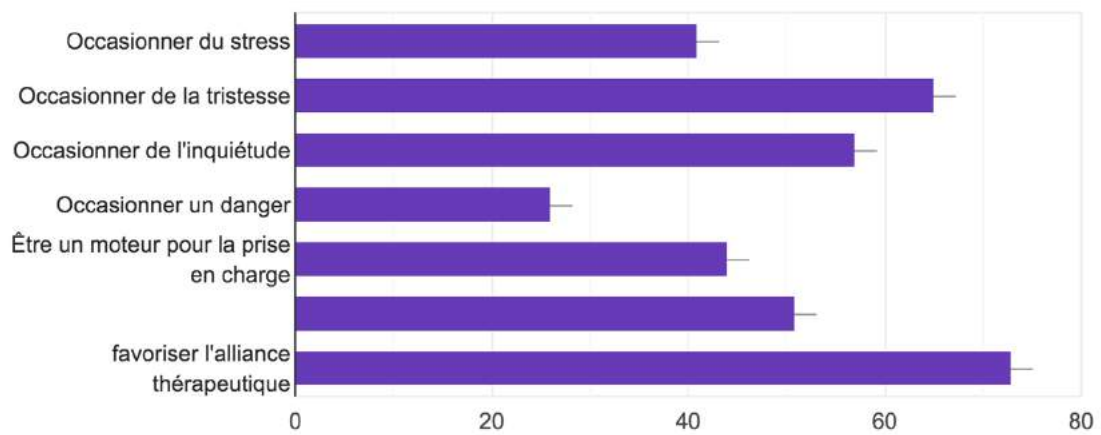
100 réponses



7) Au sujet des patients, il vous est déjà arrivé de (plusieurs réponses possibles)
100 réponses

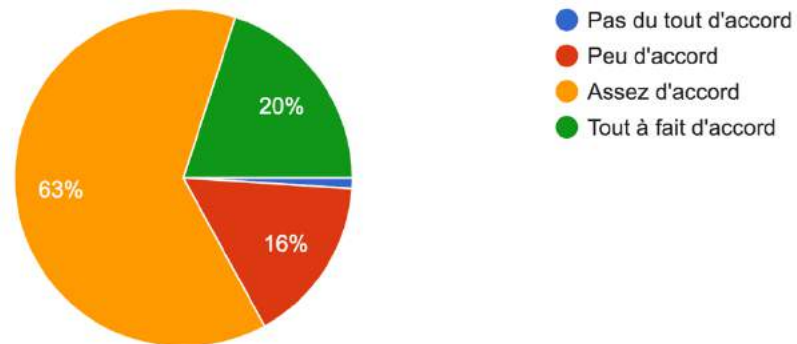


8) Selon vous, une relation d'attachement auprès d'un patient peut (plusieurs réponses possibles)
100 réponses



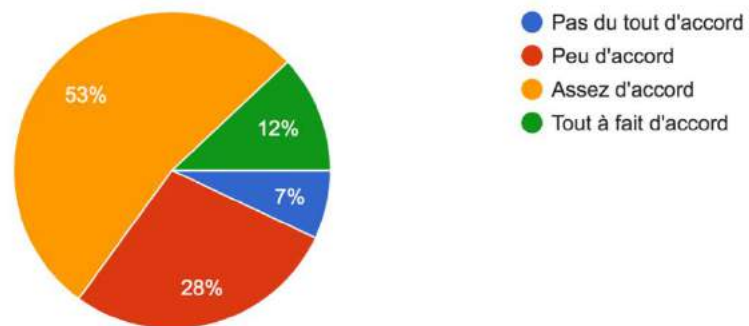
9) Les situations d'attachement d'un soignant envers un patient peuvent entraîner une fatigue psychique. Vous êtes

100 réponses



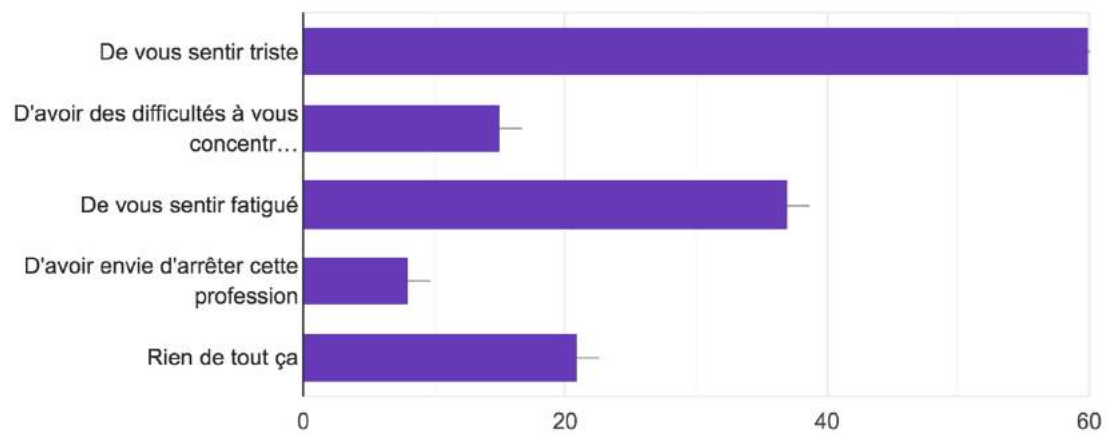
10) Elles peuvent conduire à l'épuisement professionnel. Vous êtes

100 réponses



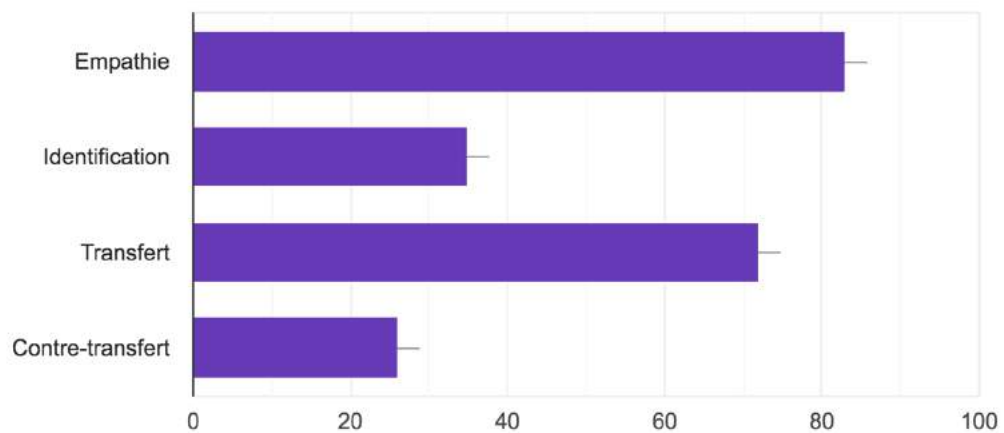
11) A la suite de prises en charge dans lesquelles vous vous sentiez impliqué(e) affectivement, il vous est déjà arrivé (plusieurs réponses possibles)

100 réponses



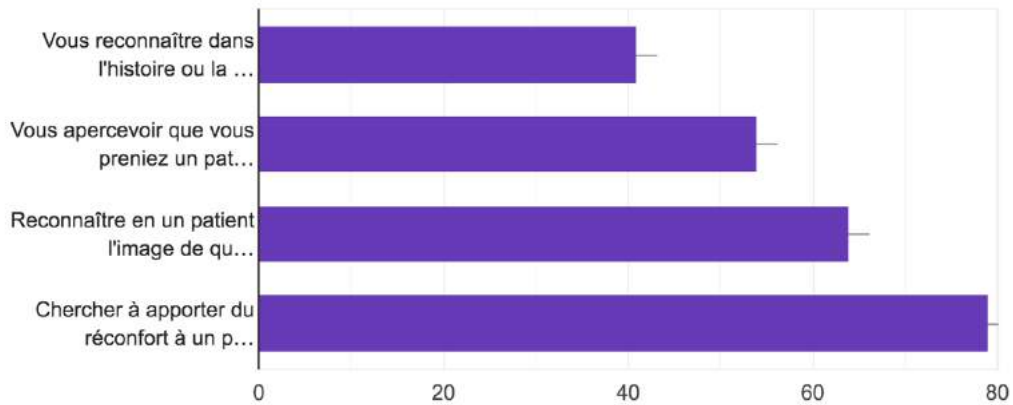
12) Selon vous, l'attachement se formerait par des mécanismes tels que (plusieurs réponses possibles)

100 réponses



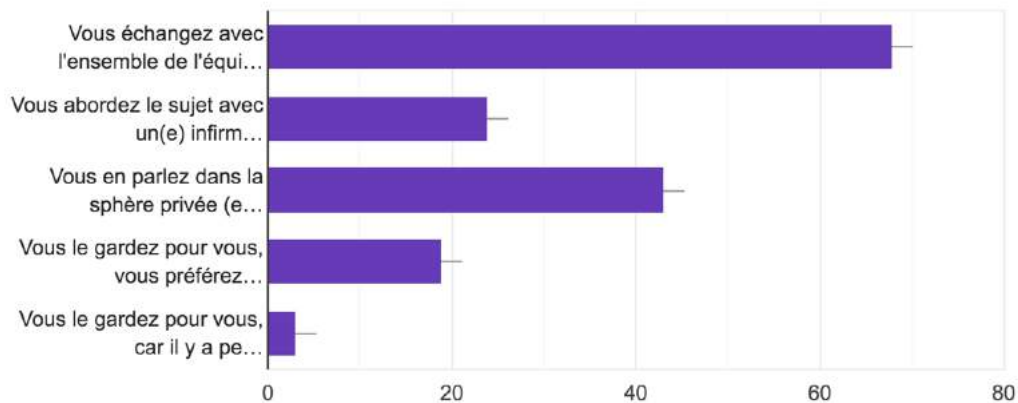
13) Il vous est déjà arrivé de (plusieurs réponses possibles)

100 réponses



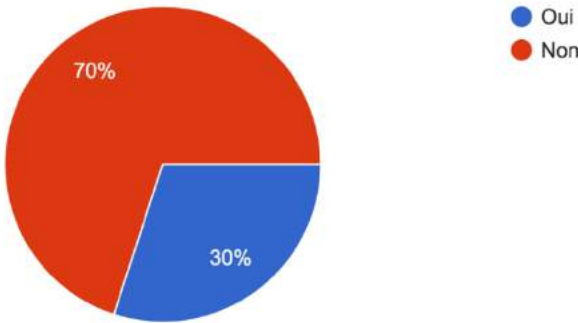
14) Vous vous retrouvez dans une situation d'attachement auprès d'un patient, que faites vous ? (plusieurs réponses possibles)

100 réponses



15) Bénéficiez-vous au sein de votre service d'un temps dédié à la parole tel que groupe de parole ou analyse de pratique

100 réponses



Annexe 4 : retranscription des entretiens

Entretien 1

- 1 Etudiant en soins infirmiers (ESI) : Est-ce que tu peux me raconter une expérience au cours de
2 laquelle tu as eu une relation privilégiée avec un ou des patients, comment as-tu vécu cela ?
- 3 Silence
- 4 ESI : prend ton temps
- 5 Infirmière diplômée d'état (IDE) : d'accord. Donc je m'occupe de personnes âgées et c'est vrai
6 que l'on a une relation très particulière avec eux. Ils sont souvent, pour la plupart, seuls et donc
7 on crée des liens particuliers avec eux. Euh. Je n'ai pas spécialement de situation particulière
8 mais c'est vrai que ce lien que l'on a avec eux, on nous apprend à l'école à mettre des barrières
9 affectives. On doit mettre des distances avec eux mais c'est assez compliqué.
- 10 ESI : D'accord...
- 11 Ide : parce que souvent soit ils nous rappellent quelqu'un soit beh on est les seuls qu'ils voient,
12 surtout en ce moment ils ne voient pas leurs familles donc ils se raccrochent à nous, et c'est vrai
13 que l'on a un lien très fort. Là on a un patient qui est parti en EHPAD et la séparation (silence)
14 la séparation, a été très compliquée. Et heu ce patient est un patient très sensible qui a pleuré
15 quand il a dû nous quitter et c'est vrai qu'à ce moment-là il n'y a plus de barrière.
- 16 Silence, IDE a l'air émue
- 17 ESI : Cette situation a l'air de te toucher
- 18 IDE : Oui, oui oui. C'est heu... Ce sont des patients à qui on s'attache, auxquels on s'attache et
19 oui on craque et parce que voilà ils sont là depuis quelques semaines et... et beh et les liens se
20 font et c'est une séparation, que ce soit pour lui ou pour nous c'est une séparation.
- 21 ESI : Certaines situations te touchent plus que d'autres ?
- 22 IDE : Certaines situations oui. Après heu ... Après heu...
- 23 Silence des larmes apparaissent
- 24 IDE : je vais me mettre à pleurer
- 25 Rires de l'IDE
- 26 ESI : Je peux comprendre, veux-tu qu'on fasse une pause ?

27 IDE : non, mais c'est vrai que je te prends l'exemple de l'année dernière où on a vécu certaines
28 choses qui, qui ont été très compliquées, l'accompagnement de ces personnes qui justement
29 étaient seules où ils ont décompensé et il fallait justement les accompagner, il fallait parfois
30 accompagner les familles. Et oui on... Même s'il faut sortir comme on dit quand on quitte le
31 travail il faut essayer d'oublier ou je sais pas. Mais oui il y a des situations où quand on rentre
32 à la maison on y repense et on y repense encore même quand cela fait un an, deux ans, trois
33 ans, on y repense parce que ce sont des situations qui nous touchent parce qu'on reste humains
34 et heu... voilà on a beau essayer de mettre cette distance, et heu... en tout cas moi
35 personnellement la distance pour certaines situations, j'y arrive pas. C'est c'est heu impossible.

36 Silence

37 ESI : Tout à l'heure tu parlais de certains patients qui peuvent te rappeler quelqu'un, c'est donc
38 quelque chose que tu identifies ?

39 IDE : Pour moi j'ai pu m'apercevoir que ce sont souvent les hommes. Heu les personnes âgées
40 de sexe masculin qui me font penser... Pourtant voilà je n'ai pas connu mon grand-père je ne
41 l'ai pas connu mais parfois je me réfère. Voilà... je m'imagine autant heu. Quand j'ai des
42 discussions avec cette personne j'imagine parfois mon grand-père.

43 ESI : D'accord...

44 IDE : Hum... Voilà mais après il n'y a pas que de la tristesse

45 ESI : ça t'apporte aussi quelque chose...

46 IDE : Oui, oui oui. Et puis la personne âgée t'apporte énormément. On peut avoir des
47 discussions enfin voilà. Et du coup tu penses, tu imagines, enfin j'imagine voilà que ç'aurait pu
48 être mon grand-père qui me raconte ses histoires. Voilà c'est souvent (silence) la personne âgée,
49 ces hommes qui me font penser à lui.

50 ESI : D'accord. Toi dans ton métier d'infirmière donc tu as l'air de travailler avec ce lien.

51 IDE : tout à fait. Moi je pense qu'il faut savoir garder ce lien affectif, même si c'est compliqué
52 heu... c'est compliqué parfois mais pour moi, mettre une distance je n'y arrive pas et je enfin
53 pour moi je ne vois pas l'intérêt de mettre cette distance. Enfin après tout dépend de la distance.
54 Mais garder ce lien avec les patients est très très important pour moi. Ça me permet, ça me
55 permet... Enfin c'est moi. Ça me permet d'être moi-même et je ne pourrais pas faire semblant
56 et ce n'est pas moi de, de, de ne pas créer ce lien. Et puis le patient se sent entouré, ça le rassure.

57 ESI : est-ce-que cela a toujours été le cas ? Y a t-il une évolution ?

58 IDE : Et bien quand on sort de l'école je pense que l'on essaye de suivre ce qu'on nous dit
59 d'être entre guillemets mais je pense que c'est en nous. C'est heu... Je pense que tu ne peux
60 pas faire face tu peux pas, en tant qu'infirmière tu dois être toi-même. J'arrive à gérer mes
61 émotions mais je pense que ça évolue dans le bon sens, j'arrive à gérer certaines situations,
62 d'autres pas et pour moi ce n'est pas un échec si je n'arrive pas à gérer une situation si c'est
63 trop pour moi j'arrive à déléguer mais comme je te dis pour moi ce n'est pas un échec de craquer
64 c'est pas un échec d'avoir une relation particulière avec un patient c'est pas mauvais. Je pense
65 que justement il ne faut pas avoir toutes ces barrières et il faut savoir évacuer les choses.

66 ESI : Comment fais-tu pour évacuer les choses toi ? quelles solutions trouves-tu ?

67 IDE : alors soit je craque (rires)

68 IDE : Je pense que si l'on pleure il faut que ça sorte il ne faut pas garder les choses pour soi, il
69 faut en parler. Après heu... avec les bonnes personnes. Moi je sais que je suis entourée de
70 certaines personnes avec qui on parle de tout. Après je suis quelqu'un de très solitaire pour ça.
71 Je garde beaucoup les choses pour moi j'arrive à gérer mes émotions et à rebondir je ne vais
72 pas voir de professionnels pour ça. Mais des fois j'en parle avec certaines personnes

73 ESI : Ce sont des personnes de ton équipe ?

74 IDE : Oui ce sont des personnes de mon équipe qui vivent les mêmes choses que moi et on
75 essaye d'en discuter. Qu'est ce qui a fait que heu... On réagit de cette manière face à telle
76 personne. J'ai la chance de travailler avec des personnes qui ont la même vision que moi, qui
77 prennent en charge les patients de la même façon que moi donc c'est plus facile d'en parler.
78 Donc oui surtout en équipe. Après il y a des professionnels qui peuvent intervenir dans certaines
79 situations individuellement mais moi je préfère en équipe.

80 ESI : Il y a une bonne communication entre vous

81 IDE : Oui une très bonne communication et c'est très important de pouvoir compter sur
82 l'équipe. Equipe médecin et voilà.

83 ESI : Tes collègues en parlent avec toi aussi comme tu disais il y a un échange, qu'est-ce que
84 cela t'apporte d'entendre leurs situations ?

85 IDE : C'est important pour moi, parce que même si on a la même vision des choses ça permet
86 de pouvoir identifier des choses. De pouvoir parler de ce qui nous bouleverse, interpelle, ça

87 permet d'avancer de peut-être ne pas faire les mêmes erreurs, de s'entraider. C'est important de
88 communiquer avec l'équipe.

89 ESI : Est-ce que vous bénéficiiez d'un temps dédié à l'échange sur ces situations de liens avec
90 les patients ?

91 IDE : non. Ça s'est fait à un moment donné avec l'équipe mobile des soins palliatifs ils
92 intervenaient après ça ne s'est plus fait. Après des groupes de paroles malheureusement ça ne
93 se fait pas. Mais je pense que ça serait important. On pourrait parler de certains patients qu'est
94 ce qui a fait que ... Mais chez nous malheureusement ça ne se fait pas. Donc c'est à la pause
95 autour d'un café, mais il n'y a pas de temps dédié pour discuter de certaines situations.

96 ESI : J'ai fini avec les questions. Est-ce qu'il y a quelque chose que tu voudrais ajouter, quelque
97 chose qui te vient à l'esprit ?

98 Silence

99 IDE : eh bien l'année dernière avec un patient ...

100 Silence IDE émue, larmes aux yeux

101 ESI : tu veux que l'on fasse une petite pause ?

102 IDE : oui.

103 Enregistrement sur pause quelques minutes

104 IDE : Donc c'était un monsieur décédé des suites du covid. Nous avons annoncé à la famille
105 enfin le médecin a annoncé à la famille, donc c'est sa fille qui est venue le visiter et c'est vrai
106 que l'on se met à la place de cette fille qui n'a pas vu son père depuis des semaines qui le voit
107 pour la dernière fois dans des conditions atroces (silence). Et du coup on se met à la place des
108 gens et nous on l'a accompagné on était les seuls à le voir et c'est vrai que c'est pas évident.
109 C'est vrai que c'est pas évident. Ça fait un an et je vois son visage parmi tant d'autres je parle
110 de lui mais il y en a tellement et c'est vrai que de voir ces familles qui comme je te l'ai dit n'ont
111 pas eu la chance de les voir avant tout ça avant la fin et... c'est pas évident, c'est pas évident.
112 A ce moment-là il n'y a plus de barrières. Et on craque avec eux, on pleure avec eux même si
113 on ne devrait pas mais euh... C'est comme ça, c'est comme ça on crée ce lien. Je ne sais pas si
114 c'est bon ou mauvais mais en tout cas c'est moi. Moi j'arriverai pas à... Enfin je suis quelqu'un
115 d'entier et, je prends peut-être trop les choses à cœur heureusement ce n'est pas tous les jours

- 116 comme ça mais euh... Mais c'est vrai que je m'attache, on s'attache à ces gens. Pas tous
117 évidemment mais la plupart de nos patients on s'attache et euh... Et voilà.
- 118 ESI : Merci beaucoup pour cet entretien et de t'être ouverte comme ça
- 119 IDE : de rien. (Sourires)

Entretien 2

1 ESI : Est-ce que tu peux me raconter une expérience au cours de laquelle tu as eu une relation
2 privilégiée avec un ou des patients, comment as-tu vécu cela ?

3 IDE : J'ai une histoire voilà que tout le monde connaît déjà (rires). C'était il y a quelques années,
4 une patiente une cinquantaine d'années qui avait déjà eu un cancer du sein il y a dix ans et là
5 était en rechute. Elle avait un fils à peine un peu plus âgé que moi et un autre fils qui était dix
6 ans plus jeune. Et il faut savoir que son premier mari était décédé d'un cancer quelques années
7 auparavant. Donc cette femme revient pour rechute. Et on crée des liens, après il y a des patients
8 ça ne s'explique pas tu crées des liens comme ça. Et elle m'appelait toujours elle voulait que je
9 sois là auprès d'elle. Avec son fils on parlait ballon on discutait beaucoup. Il y avait son fils
10 auquel j'aurais pu m'identifier peut-être car il avait mon âge et la patiente avait l'âge de ma
11 mère. Et elle décompense petit à petit. Et un jour lors de la relève je m'en rappelle on faisait les
12 transmissions à l'équipe de nuit. Et là le mari vient nous chercher pour nous avertir qu'elle
13 n'allait pas bien. Donc on y va avec les deux équipes et l'heure était venue... (silence) Donc là
14 on voit le plus jeune de ses enfants arriver par l'ascenseur et son grand-frère qui était présent
15 annonce la nouvelle au plus jeune qui vient d'arriver dans le couloir. Alors on a entendu ses
16 hurlements. Là tu vois quand j'en parle j'ai encore des... (il regarde ses avant-bras). Et là il
17 m'attrape et tape un peu sur moi en me disant de la sauver que je devais la sauver. Ce sont des
18 choses qui te restent et cette situation je la revis telle qu'elle s'est passée. Pas seulement ce
19 moment difficile mais surtout par rapport au lien affectif que j'avais avec la patiente. Mais pas
20 seulement car j'avais beaucoup de lien avec le mari, les enfants. Donc c'est beaucoup ça qui est
21 difficile, ce lien avec ceux qui partent et ceux qui restent aussi (silence).

22 ESI : d'accord. Tu disais que la patiente t'appelait souvent, voulait passer du temps avec toi,
23 qu'est-ce que ce lien peut lui apporter ?

24 IDE : Je pense heu que j'étais dans le service un appui pour elle parce que du coup elle avait un
25 repère quand j'étais là. Je n'étais sans doute pas le seul mais elle avait un repère mais je pense
26 que du fait ce lien affectif, elle se sentait plus en sécurité plus apaisée quand j'étais là. Plus en
27 sécurité surtout. (silence)

28 ESI : et toi te concernant, les liens affectifs que tu crées t'apportent quelque chose ?

29 IDE : (rires) Oui parce que tu te sens utile. Comme j'ai toujours dit le fait d'être soignant ce
30 n'est pas que des actes. Je fais des soins, du relationnel je ne suis pas que soignant technique.

31 Mais ce lien est hyper bénéfique, c'est très valorisant de m'occuper des patients et de nouer des
32 liens avec eux. Ce contact affectif me plaît. Je pense que quel que soit le service dans lequel je
33 travaille je suis confrontée à la souffrance et à la mort mais même sans souffrance je m'attache
34 à eux et c'est comme ça. Si tu aimes le contact humain tu crées des liens forcément tu crées de
35 partout même avec tes patients. Après ces liens ils peuvent être compliqués. Déjà quand j'ai
36 commencé il y a des années j'allais à la morgue pour un patient sur deux ou trois. Ce n'était pas
37 vivable. Là tu rentres à la maison à pas d'heure. Par exemple l'histoire que je t'ai racontée avec
38 la mère de famille je suis rentré chez moi à 23 heures alors que je terminais à 21 heures. Ce
39 n'était pas à chaque fois mais ça arrivait souvent. Ça prend trop de ta vie. Après tu mets en
40 place des mécanismes de défense pour éviter les situations dans lesquelles tu es trop investi
41 affectivement. Et tu fais moins bien les choses. Donc même si je sais que j'ai fait ça pour me
42 protéger ça ne me plaît pas.

43 ESI : d'accord...

44 Mais je n'avais pas de connaissances à l'époque, aucun savoir sur ce que je vivais, ce que je
45 ressentais. Maintenant avec des connaissances et de l'expérience je me connais mieux et je
46 connais mieux ces mécanismes je le vis différemment. Je n'ai plus besoin d'éviter ces situations.

47 ESI : Donc il y a eu une évolution dans ta façon de vivre avec ces liens affectifs ?

48 IDE : oui oui complètement. Au début j'étais pris dedans, maintenant j'arrive à identifier des
49 choses. Maintenant même j'en parle avec mes collègues, lorsque je vois que ça leur arrive d'être
50 en difficulté car elles sont beaucoup impliquées beaucoup attachées, je vais directement en
51 discuter avec elle pour essayer de leur apporter quelque chose. Je leur dis que c'est totalement
52 normal et qu'il faut en parler car si non c'est trop prenant. Il ne faut pas que ce soit pesant que
53 ça prenne ton temps en dehors du travail. Si non le risque c'est l'épuisement.

54 ESI : Et toi as-tu pu en discuter avec quelqu'un ?

55 IDE : Oui par exemple cette situation dont je t'ai parlé j'en ai parlé avec l'équipe. Après on a
56 la chance d'avoir une super équipe. Ce n'est pas avec tous les soignants mais on est quand
57 même en majorité très ouvert. On vit tous la même galère si j'ose dire, il n'y a pas de jugements.
58 Après on avait la chance d'avoir une super psychologue qui venait nous poser des questions
59 régulièrement et avec qui on pouvait parler en groupe. Maintenant c'est un nouveau
60 psychologue qui vient d'arriver, je ne le connais pas trop il faut lui laisser de trouver ses
61 marques. Mais quand même tout le monde est là pour tout le monde. Il y a aussi quand même

62 des soignants qui mettent des barrières pour éviter de parler des situations avec l'équipe. Je
63 peux comprendre aussi.

64 ESI : Avez un temps de paroles dédié aux situations relationnelles avec les patients ?

65 IDE : non. Mais par contre la cadre veut mettre en place tous les vendredis une heure pour
66 reparler des situations qui auraient pu heurter ou choquer certains soignants. C'est un peu le
67 même principe je pense que les analyses de pratique professionnelles. Lorsque que quelqu'un
68 voudra s'exprimer sur une situation compliquée tout le monde pourra s'exprimer et échanger.
69 Enfin c'est en projet. Moi je pense que c'est une bonne chose, ça peut peut-être aider ceux qui
70 ont un peu plus de mal à communiquer avec l'équipe. Mais pour ceux qui échangent déjà
71 beaucoup ce n'est pas nécessaire parce que l'on attend pas ça pour le faire.

72 ESI : d'accord

73 IDE : parfois on s'appelle en dehors des heures de travail pour discuter si besoin. En plus
74 maintenant il faut s'appeler, on a plus les apéros...

75 Rires

76 IDE : C'est vrai des fois normalement en finissant à 21 heures on sortait faire l'apéro ça nous
77 permettait d'échanger puis de se détendre. Après une journée compliquée ça faisait du bien on
78 faisait aussi des restos.

79 ESI : Donc cette communication que tu as avec ton équipe comment tu la vois ?

80 IDE : après chacun a sa personnalité on se découvre un peu tous les jours, voilà. Aussi c'est très
81 aidant pour se découvrir soi. Mais pour moi la communication c'est la clé de tout dans la vie.

82 ESI : Merci beaucoup on peut s'arrêter sur cette phrase.

83 IDE : (rires) et bien de rien.

Entretien 3

1 ESI : Est-ce que tu peux me raconter une expérience au cours de laquelle tu as eu une relation
2 privilégiée avec un ou des patients, comment as-tu vécu cela ?

3 IDE : Evidemment il y en a eu beaucoup. Heu oui je vais prendre le dernier que j'ai en tête.
4 Celui qui me vient c'est monsieur C. Donc il faut savoir que l'image que je me fais de lui c'est
5 quand même quelqu'un qui pour différentes raisons et de différentes façons me rappelle celle
6 de mon grand-père. Déjà car il a le même prénom et puis c'était un patient assez âgé. C'était un
7 plaisir de le voir parce que voilà aussi il était d'origine italienne comme mon grand-père. Voilà
8 quelqu'un d'agréable, de bourru comme l'était mon grand-père. C'est vrai que j'avais un plaisir
9 à le voir et à le soigner et je voulais que ça se passe bien. Lui avait confiance en moi, en ce que
10 je disais car il y avait beaucoup de soignants différents mais avec moi il faisait la synthèse de
11 tout, et voilà en plus il était poly pathologique donc beaucoup de soins et soignants. Je le voyais
12 souvent tôt le matin lorsque je faisais ma tournée à domicile. Heu... donc je l'ai suivi pendant
13 plusieurs années (silence). Jusqu'à ce cancer du poumon pour lequel il y a eu un décès suite à
14 un problème de traitement par chimiothérapie. Mais on savait que c'était la fin mais ça aurait
15 pu durer encore s'il n'y avait pas eu ce problème avec sa chimio. Comme je savais que c'était
16 la fin donc je m'étais quand même préparé mais je savais.

17 ESI : d'accord...

18 IDE : mais je... il y a une certaine peine mais que j'arrive à mettre à distance comme j'ai mis à
19 distance le décès de mon grand-père et voilà, pour pas que ça retentisse trop sur moi. Même si
20 ça devait arriver il y a une certaine tristesse et, mais, ça continue et voilà mais je pense à lui
21 souvent.

22 ESI : tu identifies alors ce qui fait que tu crées un lien particulier avec certaines plus que
23 d'autres...

24 IDE : oui en général ce sont des personnes, hommes, qui ont un certain physique qui ont un
25 charisme, certains selon aussi leur façon de parler, qui me font penser à mon grand-père. Et ce
26 qu'il y a d'amusant, maintenant qu'on en parle, que je m'en rends compte depuis quelques
27 semaines, c'est qu'il y a aussi des femmes qui me font penser à ma grand-mère décédée il y a
28 deux ans. Et du coup il y a un lien plus particulier qui est là oui aussi.

29 ESI : comment décrirais-tu ce lien particulier ?

30 IDE : je mettrais les mots de respect et d'affection (silence). C'est pas respect en fait c'est plutôt
31 ... il peut y avoir de l'affection oui de l'affection.

32 ESI : ces relations d'affection donc, ont plus d'impact que d'autres selon toi ?

33 IDE : oui mais j'arrive à les limiter (silence).

34 ESI : comment limites-tu ces impacts ?

35 IDE : parce que je sais, dès le départ comment ça va se passer, la personne elle partira, je sais
36 dès le départ qu'à un moment donné il y aura un problème de toute façon. Quand je pense
37 surtout aux personnes âgées je dirais, il y aura automatiquement quelque chose qui va se passer.
38 C'est rare qu'il n'y ait pas de problèmes donc inconsciemment je me prépare à ça, ça fait partie
39 du lot quoi. Je sais que de toute façon je ne sauverai pas la personne, s'il y a quelque chose, ça
40 reste de l'affection mais ça ne devient pas un proche non plus. Et puis même si c'est un proche
41 je sais très bien que les proches aussi ils peuvent avoir quelque chose quoi.

42 ESI : et ce lien qu'apporte-t-il selon toi ?

43 IDE : je pense qu'il apporte à tous les deux. Moi il m'apporte un certain plaisir à les voir, à les
44 soigner, un plaisir à exercer mon métier. Pour le patient ça apporte sans doute plus de confiance
45 en moi de cette relation plus proche, enfin c'est ce que je pense.

46 ESI : tu as vécu une situation plus difficile que d'autres avec ce type de lien ?

47 IDE : oui avec madame B. Parce que bon je l'ai vue se dégrader, pendant 10 ans, elle était dans
48 un très mauvais état de santé mais cela a duré 10 ans. Tout le temps la voir comme ça, il y avait
49 un épuisement, qui a eu lieu, à la fin c'était dur d'y aller, pour peu de résultat, je ne servais pas
50 à grand chose.

51 ESI : quelle solution trouves-tu pour travailler avec ce lien et avec certaines difficultés que tu
52 rencontres avec celui-ci ?

53 IDE : je passe outre. Je me dis que de toute façon je dois le faire et puis voilà quoi.

54 ESI : tu communique sur le sujet avec d'autres soignants ou quelqu'un d'autre, des temps de
55 parole avec des libéraux ?

56 IDE : non. Et je n'en ressens pas le besoin.

57 ESI : merci pour cet entretien.

58 IDE : mais de rien.

Entretien 4

- 1 ESI : vous est-il déjà arrivé de ressentir une relation privilégiée avec un patient ou une patiente ?
- 2 IDE : euh...
- 3 ESI : que vous évoque ce sujet ? que pouvez-vous en dire ?
- 4 IDE : privilégiée... avec le principe du référent, forcément, il y a un lien qui est privilégié par
- 5 rapport aux autres collègues et après euh, de fait, et après selon les situations on va dire, enfin
- 6 un peu plus fort enfin il y a des choses un peu plus je sais pas comment le dire...
- 7 ESI : Par un peu plus fort est ce que tu veux dire que tu as l'impression que ce lien est différent ?
- 8 IDE : euh... en tout cas il faut une attention pour pas sortir de la distance professionnelle, il faut
- 9 faire un effort de plus pour pas en sortir, voilà.
- 10 ESI : D'accord.
- 11 IDE : Parce que du coup on est très investis sur une situation et pour pouvoir aider(rire), pour
- 12 en parler de cette façon, il faut pouvoir rester dans la posture professionnelle mais c'est vrai
- 13 que plus la situation est longue et plus l'implication est forte des fois on est à la limite donc
- 14 euh... il faut en avoir conscience et...et après c'est toute la difficulté on peut aussi ne pas parfois
- 15 euh être trop dans cette distance même si on reste professionnels euh...je sais pas si je suis clair
- 16 mais parfois ça a pas tellement de sens cette distance pro. On a cette posture, on sait qu'on est
- 17 professionnels on a quand même cette posture soignante mais au niveau de la distance surtout
- 18 dans un contexte ou dans une situation comme en pédopsychiatrie... Ça peut se rencontrer dans
- 19 tous les services...(silence) La distance elle y est plus forcément et c'est vrai que le fait ici d'être
- 20 référent euh...des situations qui font aussi parfois résonance on se retrouve euh...
- 21 ESI : Donc situations qui font résonance, pardon j'interromps volontairement.
- 22 IDE : Bien sûr.
- 23 ESI : Des situations qui font résonance vous voulez dire par là qui vous rappellent quelque
- 24 chose de vous ou de quelqu'un que vous connaissez ?
- 25 IDE : De moi ou de situations alors ou personnelles ou vraiment euh... oui, personnelles, de
- 26 toutes façons quand ça fait résonance, c'est souvent personnel.
- 27 ESI : Oui.
- 28 IDE : Oui, personnel, ou familial euh... nous-mêmes on a des enfants donc du coup euh...voilà,
- 29 tu...tu te dis ça et ça ou la famille large ça nous rappelle aussi, ça peut nous rappeler des
- 30 situations euh qui nous touche euh...plus, enfin je sais pas.
- 31 Etudiante : Et du coup vous diriez dans ce cas de figure là que ça induit quelque chose ?
- 32 IDE soupire : Il faut faire en sorte, alors, ça peut nous mettre parfois en difficulté euh...et à nous
- 33 de réfléchir et de reprendre le dessus et...réajuster de manière à de nouveau réenclencher une

34 prise en charge efficace. Alors, moi je parle pas de distance parce que c'est vraiment difficile
35 chez nous mais vraiment de cette posture soignante. On doit être efficaces parce que sinon
36 euh...on se fait bouffer par la situation. C'est une attitude qu'on doit avoir en tant que soignants,
37 on doit en fait le même soin à tous même s'il y a des...des...comment dire, des affinités ou
38 quelque chose de de, qu'on se sent mieux avec un patient, on est attachés mais on leur doit à
39 tous le même niveau de soins, il faut pas qu'on ait de chouchou entre guillemets ou de dire
40 tiens, lui parce que je l'aime bien, parce que ceci, parce que cela je vais plus lui donner de soin
41 et plus d'attention. Bon, on a conscience de ça, il faut faire attention justement de basculer dans
42 un truc comme exclusivement, quatre-vingts pourcents de mon énergie je vais la donner à un
43 patient ? non.

44 ESI : Et donc...

45 IDE l'interrompt : Il faut équilibrer avec tous les patients qu'on a, chacun a droit au même
46 dosage de soins.

47 ESI : Si je comprends ce que vous dites, nous sommes forcément conscients d'une relation
48 d'attachement lorsqu'elle se présente ? conscients de cette possible relation privilégiée ?

49 IDE : Les fois où s'est arrivé, moi j'en étais conscient oui euh...mais mais euh...en avoir
50 conscience c'est-à-dire qu'il faut faire attention de ne pas se laisser déborder, moi je pense que
51 ça peut arriver à nous tous et à un moment donné, d'être un peu trop ou un peu plus et il faut
52 pas qu'on sorte de notre cadre quand même !

53 ESI : Qu'entendez-vous par sortir de son cadre ?

54 IDE : Eh beh, par rapport à la posture comme je disais, c'est-à-dire qu'il faut qu'on reste quand-
55 même soignants. On peut être bienveillant et tout ce qu'on veut mais il faut pas qu'on devienne
56 le grand-frère, le père de substitution ou l'ami intime qu'on peut appeler n'importe quand parce
57 que là du coup c'est plus du tout professionnel, et ça n'est pas bon pour le patient, parce qu'il
58 va nous investir de quelque chose qu'on ne pourra pas poursuivre déjà de façon éthique et après
59 même personnelle, ça ne va pas.

60 ESI : Donc vous dites que ce serait plutôt négatif pour la prise en charge ?

61 IDE : Disons qu'il y a des situations qui nous demandent inévitablement plus d'investissement,
62 d'implication...mais je pense qu'on arrive suffisamment à en discuter en équipe quand on se
63 sent en difficulté ou en danger et qu'on arrive pas à rétablir les choses. Dans ce cas là je ne
64 pense pas que ce soit négatif parce qu'à un moment donné, on est humains, on a nos parcours
65 personnels, il y a forcément des situations beh sur lesquelles on sera plus sensibles et pour
66 lesquelles on agira autrement, où on sera plus investis mais le fait après d'en discuter, de le

67 reprendre et dans ce cas là je ne pense pas que ce soit négatif mais que, au contraire, ça nous
68 permet d'aller jusqu'au bout des choses et on le reprend et on réajuste après de toutes façons.

69 ESI : Vous dites donc que lorsque vous ressentez qu'une relation avec un patient dans une
70 situation de soin vous met en danger ou en fragilité vous en parlez en équipe ?

71 IDE : Oui entre nous nous on le reprend d'où l'importance de cette équipe soudée, nous sommes
72 nombreux, pluridisciplinaire et on arrive malgré tout à remettre les choses à plat.

73 ESI : D'accord.

74 IDE : Il nous est arrivé de nous dire l'un à l'autre, attention, là j'ai l'impression que tu débordes.
75 Alors on y met les formes bien sûr et on essaie enfin, si le ou la collègue a du mal à s'en
76 apercevoir, enfin je pense que quelque part l'équipe est aussi là pour protéger les collègues
77 parce que j'ai envie de dire plus dure sera la chute, tu sais pas ce qu'il peut y avoir derrière un
78 attachement au patient parce que c'est ça hein. Donc on est là pour soigner pour accompagner
79 et si nous même notre investissement dépasse notre limite notre cadre soignant et qu'on ne gère
80 pas, qu'on ne s'en aperçoit pas...parce que même si on a une attention particulière beh il faut
81 quand -même pas la franchir cette limite parce que dans les deux cas, pour le patient comme
82 pour le soignant ça va être destructeur. Pourquoi ? parce que le risque c'est de se dire je n'ai
83 pas réussi, je suis pas...le vivre comme un échec euh...

84 ESI : Personnel ?

85 IDE : Et oui ! » et puis le patient lui peut ne plus vouloir te voir si ça ne se passe pas comme il
86 voulait et même ne plus voir aucun soignant d'ailleurs ! et là, l'alliance thérapeutique est
87 brisée... Voilà, donc on essaie de garder en tête les limites de notre champ d'action. C'est ça
88 aussi être professionnel. Alors l'attachement peut y être mais on doit l'identifier pour être
89 capable de rester dans cadre professionnel, sinon, on ne fait pas soignant, on va aider autrement
90 dans un autre contexte, on fait du bénévolat et peut faire même plus que ça, on accueille des
91 gens chez soi si on veut les accueillir tu vois, c'est autre chose quoi !

92 ESI : Avez-vous une situation de soin en tête pour laquelle vous vous dites aujourd'hui, avec
93 du recul que si vous n'aviez pas pu en parler, vous ne vous seriez pas forcément rendu compte
94 que vous étiez attaché au patient ?

95 IDE : euh...je n'en vois pas. Je pense à une situation dans laquelle j'étais très investi mais je
96 m'en suis aperçu.

97 ESI : Vous l'avez identifié.

98 IDE : Oui et je suis resté dans ce cadre qu'il faut qu'on s'impose, enfin, je crois.

99 ESI : Donc si je comprends bien, vous dites qu'une relation d'attachement d'un soignant envers
100 un patient peut avoir un impact négatif pour la prise en charge ?

101 IDE : je dis que c'est négatif si on déborde, si on dépasse. Tant qu'on dépasse pas,
102 Etudiante : qu'est ce que ça veut dire dépasser pour vous dépasser?
103 IDE : Beh dépasser c'est-à-dire sortir du cadre soignant, que l'implication est au-delà de ce
104 que tu dois proposer en tant que soignant.
105 ESI : Et comment ça se manifesterait ?
106 IDE : Je sais pas moi euh...quand ça t'atteint vraiment, véritablement ou tu tu tu y penses quand
107 tu rentres à la maison ou tu y penses trop ...Parce que tu y penses forcément on travaille pas
108 avec des boîtes de conserve donc forcément on y pense mais pas quelque chose qui t'impacte,
109 te perturbe et t'empêche après de raisonner dans ta prise en charge. Après c'est l'impact
110 émotionnel que ça va avoir sur toi si il est de tous les instants et qu'il dure alors là pour le coup
111 il faut dire non là il y a un problème. Les appeler ou les voir en dehors de notre temps de
112 travail...il faut pas trop à un moment donné prendre une place d'ami ou de parent, jamais quoi !
113 Parfois les situations sont complexes et on peut dériver facilement mais une fois de plus de plus,
114 si on se sent en danger, si on voit qu'on est trop attaché et que ça nous touche trop on peut
115 passer la main, introduire un collègue pour remettre un cadre de l'ordre du soin. Après on est
116 humains et on travaille avec des humains donc on peut pas dire je rentre à la maison et j'oublie
117 tout, inévitablement on y pense mais on est pas seuls sur la situation, on est pas seuls à gérer, il
118 y a une équipe, il y a des médecins, des conseils qui nous sont donnés et à nous d'agir e fonction.
119 Quand je travaillais dans un autre service il y a quelques années, il y avait un intervenant
120 extérieur qui nous faisait faire des analyses de pratique réflexive c'était génial, très apprenant
121 et très bénéfique parce qu'on pouvait se décharger émotionnellement et prendre du recul avec
122 certaines situations dans lesquelles on se sentait très impliqués.
123 ESI : c'était un soutien pour vous ?
124 IDE : C'était très important.
125 ESI : Donc pour vous on travaille aussi avec ce qu'on est ?
126 IDE : Alors (sourire), on travaille avec ce qu'on est, son histoire personnelle joue, mais le
127 problème c'est qu'on est dans le cadre soignant.
128 ESI : Quand vous dites « son histoire personnelle joue », qu'est-ce que vous voulez dire par là ?
129 IDE : Beh des fois on est dans des prises en charges ou les histoires de vies d'un patient peut
130 faire écho avec la tienne et ça peut te pousser à dysfonctionner, tu vois ? ça se peut, ça se
131 pourrait tu vois ?
132 ESI : Par quels mécanismes d'après vous ?
133 IDE : Beh je sais pas selon son point de vue ou certaines situation familiales ou tu te dis tiens,
134 ça me rappelle ceci ou ça fait écho à ma propre situation ceci cela donc euh, donc ça peut nous

135 mettre un peu à terre et et et si c'est le cas il faut pouvoir rester soignant et si on y arrive plus il
136 faut pouvoir s'en rendre compte et en parler et passer la main.

137 ESI : Pour vous, quels sont les signes quand « on y arrive plus » ?

138 IDE : Quand on commence à faire des choses hors cadre, un peu trop(sourire) un peu trop !
139 pour aller suppléer des choses qui ne vont pas alors qu'on doit pas y aller par rapport à notre
140 feuille de route de travail en tant qu'infirmiers

141 ESI : D'accord.

142 IDE : Enfin moi je crois hein.

143 ESI : et si l'attachement avait lieu sans que le soignant s'en aperçoive, à quoi, selon vous ça
144 pourrait être attribuable ?

145 IDE : Selon moi ça voudrait dire que la personne soignante ne va pas très bien et que du coup
146 elle arrive plus à discerner tu vois, le discernement est plus là, alors qu'est-ce qui fait que le
147 soignant n'a plus de discernement par rapport à ce qu'il doit faire, peut-être que le soignant doit
148 laisser la main à un collègue. Parfois je dirais que la limite elle est subtile mais je pense
149 qu'identifier qu'on s'attache et en parler suffit à remettre de l'ordre dans le soin.

150 ESI : très bien, et bien l'entretien et terminé, merci beaucoup.

151 IDE : avec plaisir.

Entretien 5

- 1 ESI : T'est-il déjà arrivé de ressentir que tu avais une relation privilégiée avec un patient ou une
2 patiente ?
- 3 IDE : acquiescement en silence.
- 4 ESI : D'accord. Est-ce que tu pourrais m'en parler ?
- 5 IDE : Je pourrais peut-être te parler d'une relation privilégiée avec une personne qui est
6 décédée.
- 7 ESI : Ok.
- 8 IDE : C'était un jeune homme de trente cinq ans, qui avait euh, qui était HIV ; qui est mort avec
9 moi. Il était hospitalisé depuis plusieurs mois ici ; il était très attachant euh...avec toute l'équipe
10 d'ailleurs hein. Et...voilà donc, j'étais beaucoup attachée à lui, La famille était toujours très
11 très présente, c'est d'ailleurs des gens que je croise encore maintenant.
- 12 ESI : Cet attachement que tu ressentais, il se manifestait comment ?
- 13 IDE : Beh c'était pas que moi je pense que le patient était aussi très attentionné avec nous. Bon
14 ils avaient un peu un passe-droit parce qu'ils restaient aussi la nuit euh...Il y avait toujours
15 quelqu'un qui veillait sur lui et il est resté là des mois. C'était en mille neuf cent quatre vingt
16 onze donc tu vois, ça date pas d'hier hein et c'est toujours là.
- 17 ESI : Tu penses que le fait qu'il soit resté longtemps hospitalisé a contribué à cet attachement
18 que tu as ressenti pour lui ?
- 19 IDE : Oui, oui.
- 20 ESI : Selon toi, qu'est qui a fait que tu t'es sentie attachée particulièrement à ce patient ?
- 21 IDE : Beh, il était très poli, très respectueux, il m'a raconté son parcours de vie, sa petite
22 enfance, et c'était quelque chose de terrible quoi.
- 23 IDE tousse : Pardon.
- 24 ESI : Je t'en prie.
- 25 IDE : Tu pouvais pas ne pas être sensible.
- 26 ESI : Ok.
- 27 IDE : A ce...à ce genre de choses quoi.
- 28 ESI : D'accord. Et comment tu as géré cet attachement, qu'est ce qui s'est passé pour toi ?
- 29 IDE : J'y suis allée jusqu'au bout ; il est décédé avec moi.
- 30 ESI : Comment tu as vécu ce décès ?
- 31 IDE : Ça m'a beaucoup perturbée. De par son âge.
- 32 Silence.

33 IDE : Et de par le fait qu'on puisse arriver à un état de telle déchéance. J'aurais aimé faire plus
34 mais on a fait tout ce qu'on a pu.

35 ESI : tu veux dire que tu t'es sentie impuissante ?

36 IDE : absolument.

37 ESI : Quel âge tu avais au moment des faits ?

38 IDE : Son âge. Après j'ai géré mais voilà quoi. Et puis je sais pas il était très familier avec nous,
39 il nous faisait la bise et tout, il tapait la bise au chef de service quoi !

40 Rire de l'étudiante.

41 ESI : Si je comprends, c'était quelqu'un qui faisait comme parti de l'équipe.

42 IDE : Voilà, exactement. Hum.

43 ESI : Est-ce que vous en avez parlé en équipe ? Comment ça s'est passé ?

44 IDE : Non à l'époque y avait, c'était pas docteur X qui était chef de service, c'était docteur Z
45 qui était absent ce jour-là. Il m'a même, il m'a téléphoné à la maison en me disant je suis désolé
46 euh de pas avoir été là, un truc comme ça. C'était très lourd, de par son âge aussi. Voilà donc
47 après ça a été hein mais voilà donc c'est c'est... de toute manière c'est dur même après quarante
48 ans de pratique de voir mourir les gens, quel que soit leur âge.

49 ESI : oui.

50 IDE : En ce qui me concerne.

51 ESI : Bien-sûr.

52 IDE : Ça peut être dangereux de s'attacher aux patients.

53 ESI : Pourquoi,

54 IDE : Parce qu'il faut savoir garder des distances ; ça, ça s'est passé il y a trente ans, avec moins
55 d'expérience que maintenant quoi.

56 ESI : Le manque d'expérience compte dans la prise de risque ?

57 IDE : Bien-sûr, ça peut être très dangereux oui.

58 ESI : Et ça peut conduire à quoi, quand tu dis « ça peut être dangereux », à quoi tu penses ?

59 IDE souffle : Une grosse attente du patient je pense, une grosse attente par rapport à la personne
60 qu'il a en face quoi.

61 ESI : Une grosse attente affective ?

62 IDE : Voilà, c'est ça.

63 ESI : Et pour le soignant, en quoi elle peut être dangereuse cette attente de la part du patient ?

64 IDE : C'est dangereux parce qu'il faut mettre des limites ! Parce que ça peut nous déstabiliser
65 et trop nous atteindre. Et on sort du le cadre du soin.

66 ESI : Est-ce que tu avais parlé de cette situation quand elle s'est produite ?

- 67 IDE : On peut en parler, il y a des psychologues ouais.
- 68 ESI : Qu'est que tu en penses ?
- 69 IDE : Ça doit faire du bien, j'ai jamais testé.
- 70 ESI : Tu as toujours tout gardé pour toi ?
- 71 IDE : Non, je parle avec docteur X, le chef de service, il faut parler sinon on ne tient pas
- 72 longtemps dans cette profession.
- 73 ESI : Je te remercie de m'avoir accordé de ton temps.
- 74 IDE : allez, de rien, si tu as besoin, n'hésites pas.

Annexe 5 : Matrices d'analyse de contenu des entretiens

Entretien 1

Concepts clés	Verbatim	Analyse et interprétation
Relation d'attachement	<p>Ligne 5 : « ... je m'occupe de personnes âgées et c'est vrai que l'on a une relation très particulière avec eux ».</p> <p>Ligne 8 : « On doit mettre des distances avec eux mais c'est assez compliqué ».</p> <p>Ligne 18 : « Ce sont des patients à qui on s'attache ».</p> <p>Ligne 51 : « Moi je pense qu'il faut savoir garder ce lien affectif, même si c'est compliqué ».</p> <p>Ligne 56 : « ...le patient se sent entouré ».</p> <p>Ligne 64 : « ...c'est pas un échec d'avoir une relation particulière avec un patient c'est pas mauvais ».</p> <p>Ligne 109 : « Ça fait un an et je vois son visage ».</p> <p>Ligne 116 : « Mais c'est vrai que je m'attache, on s'attache à ces gens. Pas tous évidemment mais la plupart de nos patients on s'attache ».</p>	<p>Création de liens d'attachement.</p> <p>Reconnaissance et acceptation de l'attachement, pas de déni.</p> <p>Fonction de sécurité de l'attachement.</p> <p>Attachement comme lien durable.</p> <p>Attachement auprès de beaucoup de patients mais sélectif.</p>

<p>Mécanismes de l'attachement</p>	<p>Ligne 11 : « ... souvent soit ils nous rappellent quelqu'un soit beh on est les seuls qu'ils voient ».</p> <p>Ligne 12 : « ... ils ne voient pas leurs familles donc ils se raccrochent à nous ».</p> <p>Ligne 41 : « Quand j'ai des discussions avec cette personne j'imagine parfois mon grand-père ».</p> <p>Ligne 47 : « j'imagine voilà que ç'aurait pu être mon grand-père qui me raconte ses histoires ».</p> <p>Ligne 106 : « ... l'on se met à la place de cette fille ».</p> <p>Ligne 107 : « ... on se met à la place des gens et nous on l'a accompagné on était les seuls à le voir ».</p>	<p>Mécanismes de transfert et d'empathie.</p> <p>Mécanismes de transfert et contre-transfert</p> <p>Mécanismes de transfert des imagos parentales sur le patient.</p> <p>Mécanismes d'identification envers la famille du patient.</p> <p>Mécanismes d'empathie envers le patient.</p> <p>Ces mécanismes favorisant la création du lien affectif.</p>
<p>Impacts de l'attachement</p>	<p>Ligne 14 : « ... la séparation, a été très compliquée [...] ce patient est un patient très sensible qui a pleuré quand il a dû nous quitter ».</p> <p>Ligne 19 : « oui on craque et parce que voilà ils sont là depuis quelques semaines et... et beh et les liens se font et c'est une séparation,</p>	<p>Anxiété de séparation et tristesse liés à l'attachement.</p> <p>Séparation générant des émotions de tristesse vécues intensément.</p>

	<p>que ce soit pour lui ou pour nous c'est une séparation. ».</p> <p>Ligne 31 : « il y a des situations où quand on rentre à la maison on y repense et on y repense encore même quand cela fait un an, deux ans, trois ans, on y repense parce que ce sont des situations qui nous touchent parce qu'on reste humains ».</p> <p>Ligne 44 : « Voilà mais après il n'y a pas que de la tristesse ».</p> <p>Ligne 46 : « ...la personne âgée t'apporte énormément ».</p> <p>Ligne 56 : « ...le patient se sent entouré, ça le rassure ».</p> <p>Ligne 100 : « Silence IDE émue, larmes aux yeux ».</p> <p>Ligne 112 : « on craque avec eux, on pleure avec eux même si on ne devrait pas mais euh... C'est comme ça, c'est comme ça on crée ce lien ».</p>	<p>Attachement pouvant générer du stress, un coût psychique.</p> <p>Impact positif de l'attachement : satisfaction du soignant, échange.</p> <p>Attachement comme lien sécurisant le patient.</p> <p>Attachement engendrant des situations vécues avec de la tristesse</p>
<p>Liens entre identification de l'attachement et communication au sein de l'équipe</p>	<p>Ligne 68 : « il ne faut pas garder les choses pour soi, il faut en parler ».</p>	<p>L'importance de parler de l'attachement et de ses impacts avec les membres de l'équipe.</p>

	<p>Ligne 74 : « Oui ce sont des personnes de mon équipe qui vivent les mêmes choses que moi et on essaye d'en discuter ».</p> <p>Ligne 78 : « Donc oui surtout en équipe. Après il y a des professionnels qui peuvent intervenir dans certaines situations individuellement mais moi je préfère en équipe ».</p> <p>Ligne 81 : « ...oui une très bonne communication c'est très important de pouvoir compter sur l'équipe ».</p> <p>Ligne 85 : « ...ça permet de pouvoir identifier des choses. De pouvoir parler de ce qui nous bouleverse, interpelle, ça permet d'avancer de peut-être ne pas faire les mêmes erreurs, de s'entraider ».</p>	<p>L'importance d'avoir une bonne communication avec l'équipe.</p> <p>Importance d'échanger avec l'équipe donc collectivement plutôt qu'en duo.</p> <p>Soutien de l'équipe important.</p> <p>La communication permet d'identifier des mécanismes et impacts de l'attachement ainsi que d'évacuer ses émotions afin d'avoir plus de connaissances et de conscience pour les prochaines situations.</p>
Intérêt des analyses de pratique professionnelle	Ligne 92 : « ...des groupes de paroles malheureusement ça ne se fait pas. Mais je pense que ça serait important. On pourrait parler de certains patients qu'est ce qui a fait que ... Mais chez nous	Un temps dédié aux échanges sur le thème de l'attachement permettrait une mise en commun des ressentis face à des situations et mise en commun des savoirs afin d'en avoir une lecture et de réajuster.

	malheureusement ça ne se fait pas. Donc c'est à la pause autour d'un café, mais il n'y a pas de temps dédié pour discuter de certaines situations ».	Echange informel, pas tout le monde peut y participer et le temps peut être assez court à la pause.
--	--	---

Entretien 2

Concepts clés	Verbatim	Analyse et interprétation
Relation d'attachement	<p>Ligne 7 : « ...on créé des liens, après il y a des patients ça ne s'explique pas tu créés des liens comme ça. Et elle m'appelait toujours elle voulait que je sois là auprès d'elle ».</p> <p>Ligne 32 : « Je pense que quel que soit le service dans lequel je travaille je suis confrontée à la souffrance et à la mort mais même sans souffrance je m'attache à eux et c'est comme ça. Si tu aimes le contact humain tu créés des liens forcément tu créés de partout même avec tes patients ».</p>	<p>Identification des liens affectifs et sélectivité des liens.</p> <p>Réciprocité du lien affectif.</p> <p>Reconnaissance des liens d'attachement des contextes professionnels différents.</p> <p>Lien d'attachement reconnu comme inhérent à toute personne et dans toute sphère de la vie, privée et professionnelle.</p>
Mécanismes de l'attachement	Ligne 9 : « Il y avait son fils auquel j'aurais pu m'identifier peut-être car il avait mon âge ».	Mécanisme d'identification au fils de la patiente car même âge, décrit et nommé.

	Ligne 10 : « ... la patiente avait l'âge de ma mère ».	Mécanisme de transfert des imagos parentales envers la patiente, de même âge que sa mère.
Impacts de l'attachement	<p>Ligne 16 : « Là tu vois quand j'en parle j'ai encore des... (il regarde ses avant-bras) ».</p> <p>Ligne 17 : « Ce sont des choses qui te restent et cette situation je la revis telle qu'elle s'est passée. Pas seulement ce moment difficile mais surtout par rapport au lien affectif que j'avais avec la patiente ».</p> <p>Ligne 19 : « Mais pas seulement car j'avais beaucoup de lien avec le mari, les enfants. Donc c'est beaucoup ça qui est difficile, ce lien avec ceux qui partent et ceux qui restent aussi ».</p> <p>Ligne 24 : « Je pense heu que j'étais dans le service un appui pour elle parce que du coup elle avait un repère quand j'étais là. Je n'étais sans doute pas le seul mais elle avait un repère mais je pense que du fait ce lien affectif, elle se sentait plus</p>	<p>Impact de l'attachement sur les émotions, durable dans le temps.</p> <p>Impact de l'attachement auprès du patient ainsi que de sa famille dans un contexte de décès.</p> <p>Impact bénéfique de l'attachement : sentiment de sécurité pour le patient.</p>

	<p>en sécurité plus apaisée quand j'étais là. Plus en sécurité surtout ».</p> <p>Ligne 29 : « ... tu te sens utile ».</p> <p>Ligne 31 : « Mais ce lien est hyper bénéfique, c'est très valorisant de m'occuper des patients et de nouer des liens avec eux. Ce contact affectif me plaît ».</p> <p>Ligne 35 : « Après ces liens ils peuvent être compliqués. Déjà quand j'ai commencé il y a des années j'allais à la morgue pour un patient sur deux ou trois. Ce n'était pas vivable. Là tu rentres à la maison à pas d'heure ».</p> <p>Ligne 37 : « ... avec la mère de famille je suis rentré chez moi à 23 heures alors que je terminais à 21 heures. Ce n'était pas à chaque fois mais ça arrivait souvent. Ça prend trop de ta vie. Après tu mets en place des mécanismes de défense pour éviter les situations dans lesquelles tu es trop investi affectivement. Et tu fais moins bien les choses. Donc même si je sais que j'ai fait</p>	<p>Sentiment de satisfaction et de valorisation induit par l'attachement.</p> <p>Attachement induisant un investissement et engagement fort auprès du patient et de sa famille. Pouvant dépasser les ressources personnelles. Coût psychique et physique important conduisant à un état de fatigue non vivable.</p> <p>Investissement du temps personnel hors du temps de travail : surinvestissement.</p> <p>Mécanismes de défense d'évitement mis en place pendant un temps pour éviter le coût psychique et physique induits par les situations</p>
--	---	--

	ça pour me protéger ça ne me plaît pas ».	d'attachement. Mécanisme induisant du déplaisir.
Liens entre identification de l'attachement et communication au sein de l'équipe	<p>Ligne 44 : « Mais je n'avais pas de connaissances à l'époque, aucun savoir sur ce que je vivais, ce que je ressentais. Maintenant avec des connaissances et de l'expérience je me connais mieux et je connais mieux ces mécanismes je le vis différemment. Je n'ai plus besoin d'éviter ».</p> <p>Ligne 48 : « maintenant j'arrive à identifier des choses. Maintenant même j'en parle avec mes collègues, lorsque je vois que ça leur arrive d'être en difficulté car elles sont beaucoup impliquées beaucoup attachées, je vais directement en discuter avec elle pour essayer de leur apporter quelque chose ».</p> <p>Ligne 55 : « ...cette situation dont je t'ai parlé j'en ai parlé avec l'équipe. Après on a la chance d'avoir une super équipe ».</p>	<p>Méconnaissance au début de la profession des mécanismes d'attachement et de leurs impacts.</p> <p>Une meilleure connaissance permet d'apporter une compréhension de l'attachement et de lever les mécanismes d'évitement.</p> <p>Transfert des connaissances de L'IDE plus expérimenté vers les soignants novices sur le sujet de l'attachement aux patients. Permet d'identifier et de réajuster.</p> <p>Communication de qualité avec l'équipe permettant de parler des situations d'attachement.</p>

	<p>Ligne 58 : « ...on avait la chance d'avoir une super psychologue qui venait nous poser des questions régulièrement et avec qui on pouvait parler en groupe ».</p> <p>Ligne 61 : « ...tout le monde est là pour tout le monde ».</p> <p>Ligne 62 : « ...des soignants qui mettent des barrières pour éviter de parler des situations avec l'équipe ».</p>	<p>Travail anciennement sur les situations d'attachement avec un professionnel psychologue en collectif.</p> <p>Echange de toute l'équipe ou presque durant des temps informels au sujet des situations de lien affectif.</p>
<p>Intérêt des analyses de pratique professionnelles</p>	<p>Ligne 65 : « ...la cadre veut mettre en place tous les vendredis une heure pour reparler des situations qui auraient pu heurter ou choquer certains soignants. C'est un peu le même principe je pense que les analyses de pratique professionnelles ».</p> <p>Ligne 67 : « Lorsque que quelqu'un voudra s'exprimer sur une situation compliquée tout le monde pourra s'exprimer et échanger. Enfin c'est en projet. Moi je pense que c'est une bonne chose, ça peut peut-être aider ceux qui</p>	<p>Mise en place d'un temps dédié à la parole tel que l'analyse de pratique professionnelle au sujet des relations avec les patients en projet. Projet perçu comme bénéfique afin que tous puissent y trouver quelque chose : communiquer sur sa situation et apprendre des situations et des savoirs des autres.</p>

	ont un peu plus de mal à communiquer avec l'équipe ».	
--	---	--

Entretien 3

Concepts clés	Verbatim	Analyse et interprétation
Relation d'attachement	<p>Ligne 8 : « C'est vrai que j'avais un plaisir à le voir et à le soigner et je voulais que ça se passe bien ».</p> <p>Ligne 31 : « ...il peut y avoir de l'affection oui de l'affection ».</p>	<p>Sentiment affectif identifié envers certains patients plus que d'autres</p> <p>Ne parle pas d'attachement</p>
Mécanismes de l'attachement	<p>Ligne 4 : « Donc il faut savoir que l'image que je me fais de lui c'est quand même quelqu'un qui pour différentes raisons et de différentes façons me rappelle celle de mon grand-père. Déjà car il a le même prénom et puis c'était un patient assez âgé ».</p> <p>Ligne 7 : « ...Donc il faut savoir que l'image que je me fais de lui c'est quand même quelqu'un qui pour différentes raisons et de différentes façons me rappelle celle de mon grand-père. Déjà car il a le même</p>	<p>Mécanismes de transfert des imagos parentales, ici du grand-père comme favorisant l'élaboration des liens affectifs.</p> <p>Affect du grand-père transféré en partie sur les patients ayant les mêmes caractéristiques que ce dernier.</p>

	<p>prénom et puis c'était un patient assez âgé ».</p> <p>Ligne 18 : « ...que j'arrive à mettre à distance comme j'ai mis à distance le décès de mon grand-père ».</p> <p>Ligne 24 : « ...en général ce sont des personnes, hommes, qui ont un certain physique qui ont un charisme, certains selon aussi leur façon de parler, qui me font penser à mon grand-père ».</p> <p>Ligne 27 : « ...il y a aussi des femmes qui me font penser à ma grand-mère décédée il y a deux ans. Et du coup il y a un lien plus particulier qui est là oui aussi ».</p> <p>Ligne 39 : « Je sais que de toute façon je ne sauverai pas la personne, s'il y a quelque chose, ça reste de l'affection mais ça ne devient pas un proche non plus ».</p>	<p>Mécanisme de mise à distance face au décès du proche transféré au décès du patient.</p> <p>Mécanismes de transfert des imagos parentales, ici de la grand-mère comme favorisant la création du lien affectif.</p> <p>Identification du soignant du transfert permettant de se protéger du contre-transfert.</p> <p>Les mécanismes sont décrits mais pas nommés.</p>
Impacts de l'attachement	Ligne 9 : « Lui avait confiance en moi, en ce que je disais car il y avait beaucoup de soignants	Lien affectif favorisant la relation de confiance et l'alliance thérapeutique.

	<p>différents mais avec moi il faisait la synthèse de tout ».</p> <p>Ligne 18 : « ... il y a une certaine peine mais que j'arrive à mettre à distance ».</p> <p>Ligne 19 : « ...pour pas que ça retentisse trop sur moi ».</p> <p>Ligne 36 : « Quand je pense surtout aux personnes âgées je dirais, il y aura automatiquement quelque chose qui va se passer. C'est rare qu'il n'y ait pas de problèmes donc inconsciemment je me prépare à ça ».</p> <p>Ligne 44 : « un plaisir à exercer mon métier. Pour le patient ça apporte sans doute plus de confiance en moi de cette relation plus proche ».</p> <p>Ligne 48 : « ...très mauvais état de santé mais cela a duré 10 ans. Tout le temps la voir comme ça, il y avait un épuisement, qui a eu lieu, à la fin c'était dur d'y aller ».</p>	<p>Mise à distance des émotions, comme mécanisme de protection face aux impacts des liens affectifs avec les patients.</p> <p>Impact bénéfique des liens affectifs : satisfaction du soignant, production de sens en regard de sa pratique.</p> <p>Impact lié à la relation affective : fatigue psychique et physique, sentiment d'épuisement, lié à la confrontation à long terme à la souffrance du patient.</p>
<p>Liens entre identification de l'attachement et communication au sein de l'équipe</p>	<p>Ligne 54 : « ESI : tu communique sur le sujet avec d'autres soignants ou quelqu'un d'autre ? »</p>	<p>Pas de communication avec d'autres soignants sur le sujet des liens affectifs ou des</p>

	IDE : non ».	impacts que ces situations créent.
Intérêt des analyses de pratique professionnelles	Ligne 56 : « je n'en ressens pas le besoin ».	Pas d'analyse de pratique professionnelle prévues dans son contexte d'exercice libéral et le besoin d'échanger n'est pas ressenti.

Entretien 4

Concepts clés	Verbatim	Analyse et interprétation
Relation d'attachement	<p>Ligne 5 : « ...lien qui est privilégié par rapport aux autres collègues et après euh, de fait, et après selon les situations on va dire, enfin un peu plus fort enfin il y a des choses un peu plus je sais pas comment le dire... ».</p> <p>Ligne 14 : « Parce que du coup on est très investis sur une situation ».</p> <p>Ligne 16 : « ...plus la situation est longue et plus l'implication est forte des fois on est à la limite ».</p> <p>Ligne 23 : « La distance elle y est plus forcément et c'est vrai que le fait ici d'être référent euh... ».</p>	<p>Mise en évidence du lien d'attachement entre le soignant et le patient.</p> <p>§Reconnaissance des facteurs pouvant influencer le lien d'attachement entre le soignant et le patient.</p>

	<p>Ligne 44 : « ... comment dire, des affinités ou quelque chose de de, qu'on se sent mieux avec un patient, on est attachés ».</p>	<p>Reconnaissance de la relation d'attachement entre le soignant et le patient.</p>
<p>Mécanismes de l'attachement</p>	<p>Ligne 24 : « ...situations qui font aussi parfois résonance on se retrouve euh... ».</p> <p>Ligne 30 : « : De moi ou de situations alors ou personnelles ou vraiment euh... oui, personnelles, de toutes façons quand ça fait résonance, c'est souvent personnel ».</p> <p>Ligne 33 : « Oui, personnel, ou familial euh... nous-mêmes on a des enfants donc du coup euh...voilà, tu...tu te dis ça et ça ou la famille large ça nous rappelle aussi, ça peut nous rappeler des situations euh qui nous touche euh...plus, enfin je sais pas ».</p> <p>Ligne 63 : «. On peut être bienveillant et tout ce qu'on veut mais il faut pas qu'on devienne le grand-frère, le père de substitution ou l'ami</p>	<p>Reconnaissance des mécanismes d'identification et de transfert dans les processus à l'origine des liens d'attachement d'un soignant envers un patient.</p>

	<p>intime qu'on peut appeler n'importe ».</p> <p>Ligne 149 : « Beh des fois on est dans des prises en charges ou les histoires de vies d'un patient peut faire écho avec la tienne et ça peut te pousser à dysfonctionner, tu vois ? ça se peut, ça se pourrait tu vois ? ».</p> <p>Ligne 153 : « Beh je sais pas selon son point de vue ou certaines situation familiales ou tu te dis tiens, ça me rappelle ceci ou ça fait écho à ma propre situation ceci cela ».</p> <p>Ligne 159 : « Quand on commence à faire des choses hors cadre, un peu trop(sourire) un peu trop ! pour aller suppléer des choses qui ne vont pas alors qu'on doit pas y aller ».</p>	
Impacts de l'attachement	Ligne 38 : « ...ça peut nous mettre parfois en difficulté euh...et à nous de réfléchir et de reprendre le dessus et...réajuster de manière à de	Impact négatif pour le patient : influence négative sur la prise en charge.

	<p>nouveau réenclencher une prise en charge efficace ».</p> <p>Ligne 42 : « ...sinon euh...on se fait bouffer par la situation ».</p> <p>Ligne 65 : « ...parce que là du coup c'est plus du tout professionnel, et ça n'est pas bon pour le patient, parce qu'il va nous investir de quelque chose qu'on ne pourra pas poursuivre déjà de façon éthique et après même personnelle, ça ne va pas ».</p> <p>Ligne 92 : « Donc on est là pour soigner pour accompagner et si nous même notre investissement dépasse notre limite notre cadre soignant et qu'on ne gère pas, qu'on ne s'en aperçoit pas...parce que même si on a une attention particulière beh il faut quand -même pas la franchir cette limite parce que dans les deux cas, pour le patient comme pour le soignant ça va être destructeur. Pourquoi ? parce que le risque c'est de se dire je n'ai</p>	<p>Impact négatif pour le soignant : risque fatigue psychique.</p> <p>Risque pour le patient d'anxiété de séparation et sentiment d'abandon.</p> <p>Risque d'épuisement professionnel.</p>
--	--	--

	<p>pas réussi, je suis pas...le vivre comme un échec euh... ».</p> <p>Ligne 99 :« ...et puis le patient lui peut ne plus vouloir te voir si ça ne se passe pas comme il voulait et même ne plus voir aucun soignant d'ailleurs ! et là, l'alliance thérapeutique est brisée... ».</p> <p>Ligne 123 : « : Je sais pas moi euh...quand ça t'atteint vraiment, véritablement ou tu tu tu y penses quand tu rentres à la maison ou tu y penses trop ...Parce que tu y penses forcément on travaille pas avec des boîtes de conserve donc forcément on y pense mais pas quelque chose qui t'impacte, te perturbes et t'empêches après de raisonner dans ta prise en charge. Après c'est l'impact émotionnel que ça va avoir sur toi si il est de tous les instants et qu'il dure alors là pour le coup il faut dire non là il y a un problème ».</p>	<p>Risque d'échec</p> <p>De l'alliance thérapeutique et risque de contre-transfert négatif de la part du patient envers le soignant.</p> <p>Risque de Burn out</p>
--	---	--

	Ligne 155 : « ...donc ça peut nous mettre un peu à terre ».	
Liens entre identification de l'attachement et communication au sein de l'équipe	<p>Ligne 57 : « : Les fois où s'est arrivé, moi j'en étais conscient oui euh...mais mais euh...en avoir conscience c'est-à-dire qu'il faut faire attention de ne pas se laisser déborder ».</p> <p>Ligne 70 : : Disons qu'il y a des situations qui nous demandent inévitablement plus d'investissement, d'implication...mais je pense qu'on arrive suffisamment à en discuter en équipe quand on se sent en difficulté ou en danger et qu'on arrive pas à rétablir les choses. Dans ce cas-là je ne pense pas que ce soit négatif parce qu'à un moment donné, on est humains, on a nos parcours personnels, il y a forcément des situations beh sur lesquelles on sera plus sensibles et pour lesquelles on agira autrement, où on sera plus investis mais le fait après d'en discuter, de le reprendre et dans ce cas-là je</p>	<p>Mise en évidence de l'importance pour le soignant d'identifier une relation d'attachement.</p> <p>Mise en évidence de la notion de soutien et de l'importance de la communication dans une situation d'attachement d'un soignant envers un patient.</p>

	<p>ne pense pas que ce soit négatif mais que, au contraire, ça nous permet d'aller jusqu'au bout des choses et on le reprend et on réajuste après de toutes façons ».</p> <p>Ligne 83 : « Oui entre nous nous on le reprend d'où l'importance de cette équipe soudée, nous sommes nombreux, pluridisciplinaire et on arrive malgré tout à remettre les choses à plat ».</p> <p>Ligne 87 : « Il nous est arrivé de nous dire l'un à l'autre, attention, là j'ai l'impression que tu débordes. Alors on y met les formes bien sûr et on essaie enfin, si le ou la collègue a du mal à s'en apercevoir, enfin je pense que quelque part l'équipe est aussi là pour protéger les collègues parce que j'ai envie de dire plus dure sera la chute, tu sais pas ce qu'il peut y avoir derrière un attachement au patient parce que c'est ça hein ».</p>	
--	--	--

Ligne 131 : « ...une fois de plus de plus, si on se sent en danger, si on voit qu'on est trop attaché et que ça nous touche trop on peut passer la main, introduire un collègue pour remettre un cadre de l'ordre du soin. Après on est humains et on travaille avec des humains donc on peut pas dire je rentre à la maison et j'oublie tout, inévitablement on y pense mais on est pas seuls sur la situation, on est pas seuls à gérer, il y a une équipe, il y a des médecins, des conseils qui nous sont donnés et à nous d'agir e fonction ».

Ligne 155 : « ...et et et si c'est le cas il faut pouvoir rester soignant et si on y arrive plus il faut pouvoir s'en rendre compte et en parler et passer la main ».

Ligne 166 : « : Selon moi ça voudrait dire que la personne soignante ne va pas très bien et que du coup elle arrive plus à discerner tu vois, le discernement est plus là, alors qu'est-ce qui fait que le soignant n'a plus

	de discernement par rapport à ce qu'il doit faire, peut-être que le soignant doit laisser la main à un collègue. Parfois je dirais que la limite elle est subtile mais je pense qu'identifier qu'on s'attache et en parler suffit à remettre de l'ordre dans le soin ».	
Intérêt des analyses de pratique professionnelles	Ligne 137 : « Quand je travaillais dans un autre service il y a quelques années, il y avait un intervenant extérieur qui nous faisait faire des analyses de pratique réflexive c'était génial, très apprenant et très bénéfique parce qu'on pouvait se décharger émotionnellement et prendre du recul avec certaines situations dans lesquelles on se sentait très impliqués ».	Témoignage d'une expérience pouvant mettre en évidence l'importance et la place de l'analyse de pratique réflexive dans un souci de bien-être du soignant et de prise en charge du patient optimale.

Entretien 5

Concepts clés	Verbatim	Analyse et interprétation
Relation d'attachement	Ligne 7 : « Je pourrais peut-être te parler d'une relation	Mise en évidence d'une relation d'attachement de la soignante envers le patient.

	<p>privéligiée avec une personne qui est décédée ».</p> <p>Ligne 12 : « ... il était très attachant euh...avec toute l'équipe d'ailleurs hein. Et...voilà donc, j'étais beaucoup attachée à lui ».</p> <p>Ligne 51 : « ...il était très familier avec nous, il nous faisait la bise et tout, il tapait la bise au chef de service quoi ! »</p> <p>Ligne 60 : « c'était docteur Z qui était absent ce jour - là. Il m'a même, il m'a téléphoné à la maison en me disant je suis désolé euh de pas avoir été là, un truc comme ça ».</p>	<p>Reconnaissance au du chef de service de la relation d'attachement de la soignante envers le patient.</p>
<p>Mécanismes de l'attachement</p>	<p>Ligne 18 : : « Beh c'était pas que moi je pense que le patient était aussi très attentionné avec nous ».</p> <p>Ligne 42 : « Ça m'a beaucoup perturbée. De par son âge ».</p> <p>Ligne 50 : « J'avais son âge ».</p>	<p>Mécanisme de contre-transfert positif de la part du soignant envers les (a) soignants(e).</p> <p>Mise en évidence du mécanisme d'identification, la soignante a le même âge que le patient au moment de son décès.</p>

<p>Impacts de l'attachement</p>	<p>Ligne 45 : « J'aurais aimé faire plus mais on a fait tout ce qu'on a pu ».</p> <p>Ligne 62 : « C'était très lourd ».</p> <p>Ligne 79 : « Une grosse attente du patient je pense, une grosse attente par rapport à la personne qu'il a en face quoi.</p> <p>ESI: Une grosse attente affective ?</p> <p>IDE : Voilà, c'est ça ».</p>	<p>Sentiment d'impuissance de la part de la soignante.</p> <p>Difficulté de gestion des émotions de la soignante quant au décès du patient, jusque dans sa sphère privée.</p> <p>Risque de contre-transfert négatif du patient envers le soignant et risque de souffrance, de stress et de remise en question pour le soignant.</p>
<p>Liens entre identification de l'attachement et communication au sein de l'équipe</p>		
<p>Intérêt des analyses de pratique professionnelles</p>	<p>Ligne 90 : « On peut en parler, il y a des psychologues ouais.</p> <p>ESI : Qu'est que tu en penses ?</p> <p>IDE : Ça doit faire du bien, j'ai jamais testé.</p> <p>ESI : Tu as toujours tout gardé pour toi ?</p> <p>IDE : Non, je parle avec docteur X, le chef de service, il faut parler sinon on ne tient pas longtemps dans cette profession ».</p>	<p>Mise en évidence de la nécessité de verbaliser ses ressentis face à une situation de soin vécue afin d'éviter le Burn out.</p>

Résumé

Ce travail traite des relations d'attachement soignant-soigné. Si ce phénomène est bien connu des infirmiers, ses mécanismes de formation et leurs impacts, quant à eux, sont moins conscientisés. Dans ce contexte, existe pour le soignant un risque d'épuisement professionnel, cette étude vise à explorer la possibilité que l'identification d'un attachement au patient par le biais de la communication avec ses pairs puisse réduire ce risque. L'enquête exploratoire de cette étude a permis de faire état de manière qualitative (entretien semi directif) et quantitative (questionnaire) des connaissances et de la capacité d'identification d'une relation d'attachement des soignants. Le questionnaire, à destination d'infirmiers en exercice a donné lieu à cent réponses. Les entretiens, ont été menés auprès de cinq infirmiers. Il en résulte que si la majorité des soignants ont expérimenté les relations d'attachement, très peu ont fait état de connaissance de tous les mécanismes de leur formation ainsi que de tous leurs impacts. Si la moitié des soignants ont déclaré communiquer en équipe, ils ont reconnu lors des entretiens que groupes de parole et analyses de pratique constitueraient un facteur de protection contre le risque d'épuisement professionnel. Éprouver des liens affectifs envers un patient sans prendre conscience de ce qui peut se jouer, peut conduire le soignant à s'épuiser et être délétère pour la prise en charge du patient. Prendre conscience de soi face à l'autre par le biais de groupes de parole ou analyse de pratique permettrait de travailler avec cet investissement affectif afin d'en faire une force de travail.

Mots clés : Attachement, mécanismes, communication, épuisement professionnel, analyse de pratique.

Abstract

This work deals with patient-caregiver relationships. While this phenomenon is well-known among nurses, its training mechanisms and their impact on the other hand, are not. In this context, there is a risk of burnout from the caregiver. This study aims to explore the possibility that the identification of a relationship to the patient by way of communication with peers can reduce the risk. The exploratory survey of this study made it possible to make a qualitative (interview semi direct) and quantitative (quiz) report of the knowledge and ability to identify a caregiver relationship. The questionnaire, intended for practicing nurses, generated 100 responses. The interviews were conducted with five nurses. As a result, while the majority of caregivers have experienced relationships with patients, very few reported knowledge of their training in this subject area or their impacts. While half of the caregivers reported communicating as a team, during the interviews, they acknowledged that talking groups and practice analyses would be a factor in the protection against the risk of burnout. Feeling emotional ties to a patient without being aware of the potential consequences can lead the caregiver to exhaust him/herself and be harmful to the patient's care. Learning about it through group therapy or analysis of practice would allow caregivers to use this emotional investment to their advantage.

Keywords : Attachment, mechanisms, communication, burnout, analysis practice.