



**HAL**  
open science

## La résonance émotionnelle des soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier

Séverine Caché Simon

► **To cite this version:**

Séverine Caché Simon. La résonance émotionnelle des soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01413349

**HAL Id: dumas-01413349**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413349>**

Submitted on 9 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie Paris VI

Faculté de Médecine

(Récit de Situation Complexe Authentique)

*La résonance émotionnelle des soignants face  
aux patients auxquels ils peuvent s'identifier*

Par CACHE SIMON Séverine

Aide-soignante

Mémoire pour le DU Accompagnement et fin de vie

Année universitaire : 2015-2016



Responsables d'enseignement:

Docteur BLANCHET Véronique

Docteur RAFFRAY Yolaine

## SOMMAIRE

Introduction	p 1
1/ Narration	p 2
2/ Analyse de la situation	p 6
a) Les problèmes posés par la situation	p 6
b) Les problèmes que me pose la situation	p 6
c) La problématique que j'ai choisi de développer	p 6
3/ Recherche	p 7
a) L'aide-soignant	p 7
b) Le patient	p 8
c) L'identification / projection	p 9
d) La résonance émotionnelle	p 12
e) Quelles ressources pour aider les soignants	p 15
4/ Synthèse	p 18
Conclusion	p 19
Sources	p 20
Remerciements	p 21

## Introduction

Aide-soignante depuis treize ans, mon expérience professionnelle m'a amenée à côtoyer différents publics : les personnes âgées en EPHAD et aussi des adultes handicapés mentaux en foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé.

Aujourd'hui, j'exerce depuis deux ans dans un service d'oncologie et hématologie qui se compose de trente lits dont six dédiés aux soins palliatifs. Je souhaitais travailler dans ce service pour pouvoir accompagner les patients, les familles et approfondir mes connaissances dans le domaine de l'oncologie.

Ainsi, au cours de mon exercice, j'ai été amenée à prendre en charge une patiente âgée de 45 ans, mère d'enfants en bas âge jusqu'à son décès. Elle était atteinte d'un cancer du col utérin avec des métastases osseuses et hépatiques. Cette situation a été douloureuse pour moi et m'a beaucoup interpellée.

C'est pourquoi j'ai choisi cette formation pour mieux comprendre comment j'ai pu être touchée à ce point, pourquoi je me suis identifiée à elle et ce qui m'a mis en difficulté. Je souhaiterais donc réussir à mieux établir une juste distance avec les patients en fin de vie.

## **1/ Narration**

Le lundi 13 avril 2015, j'ai accueilli dans le service une patiente, Madame O assistante de direction, mariée, mère de famille de trois enfants, âgés de 7, 11 et 15 ans. Sa famille est très présente tout au long de l'hospitalisation.

En cours d'une séance de chimiothérapie en hôpital de jour, elle est transférée dans le service d'oncologie où on l'hospitalise pour des douleurs abdominales sur syndrome occlusif avec des métastases hépatiques et osseuses. Elle est accompagnée de son mari. Madame O est suivie par l'équipe mobile de soins palliatifs depuis octobre 2014.

À mon entrée dans la chambre, j'observe la patiente. Elle a le visage crispé et semble douloureuse, je lui demande d'évaluer sa douleur sur l'échelle numérique : elle est à 7. Je lui propose mon aide car la douleur rend ses déplacements difficiles, elle refuse. Il me faut discuter longtemps avec elle pour qu'elle accepte.

Le 17 avril 2015, j'apprends aux transmissions que Madame O est ictérique avec un abdomen dur, très volumineux, une prise de poids de neuf kilos en une semaine, et une paralysie de la jambe droite s'est installée. Un matelas à air est mis en place à titre de prévention anti-escarre.

En début d'après-midi, je rentre dans sa chambre pour lui prendre ses constantes, tout en sachant que son cancer évolue. Son ventre qu'elle ne recouvre jamais, a encore grossi. Elle me demande ce qui lui arrive : difficile pour moi de lui répondre car je suis moi-même désarmée, pourtant elle semble attendre que je lui dise qu'elle va mieux.

Un matin, l'aide à la toilette quotidienne apportée par sa sœur n'a pas pu être possible à cause d'une perte d'autonomie et d'une très grande fatigue. Je lui propose mon assistance, elle accepte de me dévoiler son intimité malgré sa pudeur.

Je mets alors en place une relation particulière d'accompagnement en parlant beaucoup de ses goûts, en lien avec la mode, les produits de beauté, les soins esthétiques car elle est très coquette. Les gestes de ses mains n'étant plus coordonnés, je la maquille, la coiffe et lui mets son vernis et ses pyjamas personnels.

Lorsque je travaille du soir, j'essaie de la détendre grâce au toucher massage du corps qu'elle apprécie. A travers les soins que je lui prodigue, elle me dévoile des tranches de sa vie et les projets qu'elle a. Elle me présente à sa sœur comme étant son rayon de soleil. Une relation de confiance s'installe entre elle et moi.

Au fil des jours, je fais connaissance du reste de sa famille : ses parents, beaux-parents, ses enfants.

Rapidement pour la première fois au cours de mon exercice professionnel, je ressens le besoin dès mon arrivée dans le service, de prendre de ses nouvelles et savoir si elle fait partie des patients que je vais prendre en charge.

Le vendredi 24 avril 2015, elle demande une permission pour le week-end car c'est l'anniversaire de sa fille qui fête ses sept ans. Après une décision collégiale, sa requête est acceptée. Elle part le matin du samedi 25 avril 2015 et revient le soir en urgence dans le service pour des douleurs abdominales très importantes, malgré le Durogésic 50 et les interdoses d'Actiskénan 10. L'interne est appelé et devant ces douleurs réfractaires, une titration en morphine est mise en place jusqu'à son soulagement. Je reste le plus possible présente auprès d'elle et de son mari. Elle s'inquiète pour son état de santé, et me demande *«pourquoi la chimiothérapie ne reprend pas?»*

Le lundi 27 avril 2015 après midi, le médecin chef de service, le Docteur V, vient voir Madame O pour lui parler de l'évolution du cancer. Ensuite, il rencontre son mari pour l'informer à son tour, il utilise les mots *«votre état de santé est grave, très sérieux»*. Madame O demande *«est-ce que c'est mort pour moi?»*. Il répond, *«il n'y a plus de traitement curatif possible, aucune amélioration malgré la chimiothérapie, elle ne pourra pas reprendre car il y a une atteinte du foie très importante. Votre état est très sérieux.»* Ce soir-là, beaucoup d'émotions dans la chambre : elle regarde son mari et se met à pleurer, lui aussi. Je sens l'émotion et le désarroi m'envahir, je sors de la chambre pour ne pas pleurer devant eux. Je suis bouleversée. Je parle de ma tristesse et de ma colère avec l'infirmière qui travaille avec moi. Après l'intervention du médecin et discussion en équipe pluridisciplinaire, elle sera incluse en soins palliatifs et en sera informée ainsi que son mari.

Le jeudi 30 avril 2015 à mon arrivée dans le service, je vais la saluer dans sa chambre, et là elle se met à pleurer en me disant «*Séverine, je ne veux pas partir, je ne veux pas de la mort, je veux continuer à vivre et voir grandir mes enfants!*» Difficile pour moi de répondre, car je me mets à sa place, comment pouvoir accepter de mourir si jeune, avec des enfants qu'elle veut voir grandir et plein de projets d'avenir. Ces mots me troublent, je lui réponds juste que je suis là pour l'écouter.

Son mari prévient toute la famille de l'aggravation de son état de santé. Ses trois enfants lui rendent visite. Ensuite, seule l'aînée de ses filles vient la voir régulièrement.

Lors de ses premières visites, j'observe que c'est une jeune fille souriante, coquette, maquillée portant des vêtements colorés. Au fil des jours, je la vois arriver le visage fermé, des vêtements sombres, elle embrasse sa mère puis va s'asseoir sur une chaise dans un coin de la chambre. Je signale à l'équipe du service et à l'équipe mobile d'accompagnement mes observations. Après concertation, cette dernière passe voir le mari pour discuter et convient d'un rendez-vous en privé avec sa fille et la psychologue. Après plusieurs jours, je la revois souriante, de nouveau maquillée, portant des vêtements colorés, assise sur une chaise tout prêt de sa mère.

Ce jour-là, Madame O me dit : «*J'ai faim, j'ai envie d'une pizza!*», alors que l'alimentation parentérale est arrêtée. Son mari et sa fille présents dans la chambre, vont chercher cette pizza, elle ne mange qu'un morceau car elle ne s'alimente presque plus depuis quelque temps.

Les jours suivants, ses parents lui proposent de voir le prêtre qu'ils connaissent très bien. Cette famille est très croyante. Elle accepte sa visite et me demande ce que j'en pense. Elle me fait part de toutes ses peurs qu'elle espère apaiser avec ce moment de prière. Je termine tout juste de l'installer lorsque ses visites frappent à la porte : le prêtre, sa sœur, ses parents se placent autour du lit. Je les quitte. Suite à ce moment, le prêtre lui laisse des objets de culte qu'elle demande à avoir toujours avec elle.

Les jours suivants devant l'aggravation de son état avec une asthénie majeure, une encéphalopathie et une somnolence, elle est sédaturée par une augmentation de la morphine et mise en place de midazolam car ses douleurs augmentent. L'équipe propose à son mari de dormir avec elle. Il refuse en disant : «*Il faut que je rentre m'occuper des filles.*»

Plusieurs jours après lors de mon retour dans le service, j'apprends son décès survenu le vendredi 8 mai 2015 en fin de journée, après une prise en charge palliative. Je demande à l'équipe si tout s'est bien passé pour elle, et sa famille. L'équipe me le confirme. Ses enfants sont même venus voir leur maman. A ce moment-là, je me sens accablée par un grand sentiment de tristesse. J'imagine aussi celle de mes proches si je mourais. Je suis en colère contre cette injustice, j'ai envie de pleurer. Je me sens déstabilisée.



## **2/ Analyse de la situation**

### **a) Les problèmes posés par la situation :**

Madame O présente un cancer du col utérin avec des métastases osseuses et hépatiques.

Elle est en échappement thérapeutique ; son état de santé, s'aggrave rapidement.

Un arrêt des traitements curatifs est décidé par les médecins après une discussion pluridisciplinaire en staff.

Madame O a des angoisses de mort lorsqu'elle dit «Je ne veux pas de la mort, je veux continuer à vivre, voir grandir mes enfants.»

Madame O reste douloureuse au niveau de l'abdomen et du dos malgré l'augmentation des antalgiques de palier 3. Face à ses douleurs réfractaires, je me sens désemparée.

### **b) Les problèmes que me pose la situation :**

C'est mon premier accompagnement complexe d'une patiente de 45 ans mère de trois enfants en bas âge et sa famille auquel je suis confronté.

L'aggravation rapide de son état de santé et l'annonce de l'arrêt des traitements curatifs lui amènent des angoisses de mort.

Je me sens en difficulté face la résonance émotionnelle que cela produit en moi et par l'annonce de son décès imminent.

### **c) La problématique que j'ai choisie de développer est:**

**«La résonance émotionnelle des aides-soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier».**

Mots clés :

- a : Aides-soignants
- b : Patient
- c : Identification / projection
- d : Résonance émotionnelle

### **3/ Recherche**

**a) L'aide-soignant :**

Définition selon le référentiel du métier d'aide-soignant<sup>1</sup>: « Il exerce sous la responsabilité de l'infirmière, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R.4311-3 à R.4311-5 du code de la santé publique. Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de condition de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personne.

Son rôle est défini de la façon suivante

il s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de la vie quotidienne, il contribue à son bien-être et lui faire retrouver dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa fonction, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.»

---

<sup>1</sup> Définition du métier d'aide-soignant, du bulletin officiel, le référentiel du métier aide-soignant, arrêté du 22 octobre 2005, annexe I, 1

Martine RUSZNIEWSKI<sup>2</sup>, le définit «plus présent au corps et moins impliquée dans le projet thérapeutique que l’infirmière».

Nous sommes confrontés à la dimension relationnelle chaque jour, ce qui implique notre conscience et notre capacité à adapter nos actes aux besoins du patient. Il faut sans cesse réfléchir à la portée de nos actes, ce qui peut nous plonger dans un questionnement permanent où l’ensemble de nos valeurs individuelles et professionnelles se côtoient. Je crois important de se questionner pour nous garantir le respect de nos limites et de nos devoirs. Cela reste un cheminement quotidien au cours duquel il faut réfléchir à nos pratiques car nous avons une relation directe avec l’intimité, la pudeur. Nous devons faire en sorte que le patient ne se sente jamais considéré comme objet de soin et que la relation se fasse dans la dignité et le respect.

Chaque jour, il nous faut écouter, entendre, être attentif à la douleur physique, psychologique du patient et de ses proches et rester présent pour l’entourage, sans jamais oublier de transmettre les modifications de l’état clinique du patient à l’infirmière et aux médecins.

## **b) Le patient :**

Définition du dictionnaire le Larousse : Personne qui consulte un médecin.

Présentation du mot patient<sup>3</sup>, «il est un dérivé du mot latin patiens, participe présent du verbe déponent pati, signifiant «celui qui endure» ou «celui qui souffre».

«En médecine, le patient bénéficie d’examens médicaux, de traitement prodigués par un médecin ou autres professionnels de la santé pour faire face à une maladie ou à des blessures. Le patient peut également bénéficier d’actes de prévention».

---

<sup>2</sup> Martine Rusziewski, psychologue, psychanalyste clinicienne, Face à la maladie grave .Edition DONOD 1999

<sup>3</sup> Patient, WIKIPEDIA, org

### c) **Identification / Projection** :

**-Identification** : définition du dictionnaire Larousse : processus par lequel le sujet constitue son identité, sa personnalité depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

**-Projection** : définition du dictionnaire Larousse : selon la psychanalyse, mécanisme de défense qui consiste à attribuer à autrui un sentiment éprouvé par soi-même mais que l'on refuse.

Lorsque le soignant entre en relation avec un patient, différents mécanismes se mettent fréquemment en place appelés mécanismes de défense «toute situation d'angoisse<sup>4</sup>, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui».

Martine Ruzniwski décrit neuf mécanismes qui permettent au soignant de gérer ses propres angoisses et de s'adapter petit à petit à une situation difficile. Huit d'entre eux seront évoqués brièvement, puis je tenterai d'approfondir en dernier l'un des sujets principaux de mon étude.

-Le mensonge : le plus radical mis en place face à l'angoisse de devoir révéler la maladie grave ou de la situation grave aux patients. Mécanisme dit d'urgence et d'efficacité primaire : il permet de figer le temps en annulant toute possibilité de dialogue ou de questionnement. C'est dommageable pour le patient.

-La banalisation : intolérable pour le patient puisque qu'il ne sera pas pris en charge dans sa globalité et que l'on va traiter plus sa maladie que lui-même, allant jusqu'à oublier sa souffrance psychique.

-L'esquive : se caractérise par une attitude de fuite du soignant, en parlant d'autre chose que de sa maladie aux patients sans jamais lui donner de réponse appropriée.

-La fausse réassurance : mécanisme qui consiste à optimiser les résultats et entretenir chez le malade un espoir artificiel alors que le patient n'y croit plus.

---

<sup>4</sup> Martine Ruzniwski : op ; déjà cité

-La rationalisation : le soignant cherche à donner un sens à ce qu'il vit constamment, la souffrance de tous les instants, l'angoisse au quotidien vécue dans sa banalisation au travers des tâches journalières.

-L'évitement : mécanisme de défense ressemblant à une sorte de fuite, le soignant rentrera dans la chambre sans regarder le patient. Il s'occupe de tout ce qu'il y a autour de lui dans la pièce, sans jamais porter de réelle attention au patient qui devient lui aussi objet. Toute tentative de question ou discussion du patient sera évitée.

-La dérision : peut être un comportement de fuite, d'évitement, le soignant peut donner aux patients des informations plus optimistes, pouvant lui apporter aussi un mauvais espoir.

-La fuite en avant : le soignant parfois n'évalue pas correctement la connaissance du patient sur sa maladie et va très vite dans les questions qu'il pose sur ce qu'il a compris de la maladie. Ne laissant qu'au patient des angoisses, le poids de sa souffrance psychique. Cela provoque de tels dommages, que le patient n'arrive plus à envisager pleinement ce temps à vivre et continuer à se battre avec encore une lueur d'espoir.

### **-L'identification projective :**

A l'inverse des autres mécanismes de défenses qui visent à mettre de la distance entre le soignant et le patient, le mécanisme d'identification projective consiste à anéantir cette distance. Le soignant a tendance à se mettre à la place du patient et est alors de lui-même. Cela est inconscient et involontaire.

L'origine<sup>5</sup> de cette notion est introduite par Mélanie KLEIN (psychanalyste britannique), en 1946 «dans le cadre de la relation mère enfant, pour identifier un phénomène réunissant identification (se reconnaître, comme dans un miroir) et projection (faire endosser ses sentiments refoulés à un élément extérieur)».

Pour Mélanie Klein, l'identification projective<sup>6</sup>, est à l'origine d'un processus exclusivement intrapsychique et fantasmatique : ce sont des aspects clivés de la représentation de soi qui sont transférés à une représentation de l'objet («l'autre») en s'y identifiant, ce qui permet un contrôle fantasmatique des parties mauvaises de son

---

<sup>5</sup> Origine de identification projection ; Wikipédia août 2015

<sup>6</sup> Identification projective ; revue Gestat 2003 n° 24, p 141 du Dr Catherine Bolgert

expérience, des fantasmes d'incorporation. Selon cette conception, les pulsions essentiellement agressives, mises en jeu, ne dépendent pas du comportement ou de la réponse de l'objet réel («l'autre en tant que personne réelle»), et celui-ci n'en est pas affecté.

Martine RUSZNIIEWSKI<sup>7</sup>, qui reprend donc ce concept à l'usage des soignants décrit l'identification projective comme «une tentative du soignant, de dissoudre intégralement cette distance par une prise en charge active et globale de la souffrance du malade : c'est du moins ainsi que le soignant la vivra. En effet, par ce mécanisme, qui consiste à attribuer à l'autre certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même, le soignant se substitue au malade et transfère sur lui certains aspects de sa personnalité, lui prêtant pour toute conduite à tenir face aux situations de crise ses propres sentiments et réactions, ses propres pensées et émotions. Incapable de faire front, il fait corps avec «son» malade, opérant ainsi une véritable symbiose. Par cette fusion étroite qu'il croit avoir mise en œuvre, le soignant acquiert la conviction que lui seul sait ce qui convient au malade, lui seul perçoit l'attitude adéquate et appropriée pour le bien-être du patient. Armé de ce discernement et de ce savoir-faire spontané et «intuitif», convaincu du bien-fondé de ce soutien «de l'intérieur», il s'attache à inculquer au patient son mode d'emploi, la marche à suivre plus efficace pour lui venir en aide, sans jamais se douter qu'il n'a fait là que projeter sur le malade ses propres souhaits et aspirations. En se mettant à la place du patient sans y être jamais, il fait ainsi taire son angoisse pour se réfugier dans le registre des certitudes laissant ainsi peu de place au doute».

Ce mécanisme de défense est une fusion entre le soignant et le patient. Le soignant devient incapable de garder une juste distance. Il se met à la place du patient, n'est plus à son écoute et fait alors intervenir sa propre personnalité et sensibilité.

Alain BRACONNIER<sup>8</sup> psychiatre et psychologue, définit que les mécanismes de défenses englobent tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes.

Lylyana ZIVKOVIC<sup>9</sup>, pense que «la présence d'un mécanisme de défense témoigne que nous sommes en train de vivre une réalité difficile, éprouvante, avec une charge d'angoisse

---

<sup>7</sup> Martine Ruszniewski: op; déjà cité

<sup>8</sup> Alain Braconnier, dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991

sous-jacente souvent importante à laquelle nous essayons d'échapper. En prendre conscience permet paradoxalement de lâcher certains comportements qui rigidifient la relation et devenir ainsi plus présent au malade. Les mécanismes de défenses sont inconscients, utiles, fluctuants, à respecter. Prendre conscience de ses défenses invite parfois le soignant à vivre cette situation comme une menace susceptible de l'affaiblir, de le déstabiliser et de le mettre à nu face à son patient. Or reconnaître et accepter de se protéger engendre paradoxalement un assouplissement de l'intensité même de certains mécanismes : en avoir conscience, c'est tenter de parvenir à une relation dépouillée de ce mur d'incompréhension qu'érige l'inconsciente prédilection pour des subterfuges et pour la fuite face à toute réalité porteuse de souffrance et d'angoisse ; c'est aussi admettre de cheminer avec ses forces et ses failles ; c'est accepter l'angoisse comme vecteur de cette aventure d'une relation à deux».

Nous soignants, il nous faut connaître ces mécanismes et tenter de les identifier lorsque qu'il nous touche. Maintenant, je perçois mieux pourquoi l'évolution de la maladie et ensuite l'annonce du décès de Madame O m'a fait ressentir autant d'émotion.

Arlène CHOLEWA (psychologue, psychanalyste) dit : *«Nous ne sommes pas un soignant idéal, mais un soignant suffisamment bon»*

#### **d) La résonance émotionnelle :**

-La résonance :

Définition du dictionnaire le Larousse : ce qui provoque une réponse chez quelqu'un, ce qui l'émeut.

Lylyana ZIVKOVIC<sup>10</sup>, décrit «dans un contexte de maladie grave, la relation sera soumise à une intensité émotionnelle importante et va se construire progressivement autour de l'angoisse et de la souffrance du malade et la résonance que cela aura chez le soignant».

---

<sup>9</sup> Lylyana ZIVKOVIC, psychologue clinicienne .Soins palliatifs : réflexions et pratiques. Editions FD 2011

<sup>10</sup> Lyliana Zivkovic ; po. déjà cité

-L'émotion :

Définition du dictionnaire le Larousse : réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.

Définition du dictionnaire de la psychiatrie : mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu. L'émotion comporte : une expérience subjective (joie, tristesse, colère, peur, ...) ; une expression communicative d'excitation ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture, ...) ; des modifications de la personnalité, de ses expériences, de l'état physiologique du sujet et de la nature de l'agent en cause.

L'émotion est l'un des nombreux concepts décrit en sciences infirmières. Lydia FERNANDEZ<sup>11</sup> définit l'émotion «comme étant une manifestation universelle. Aujourd'hui les émotions, stricto sensu, désignent uniquement les émotions dites «basales» ou «simples», telles que la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise et la peur. Il s'agirait d'émotions, que chaque homme quels que soient sa culture et son environnement, viendrait à ressentir, à exprimer et à reconnaître chez les autres hommes. Elles se différencient d'autres émotions plus élaborées plus construites, appelées « émotions mixtes» (la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié et la tendresse) qui nécessitent des élaborations cognitives».

Des entretiens avec des soignants réalisés par Lydia Fernandez, ont permis de mettre en évidence l'utilisation du concept des émotions dans leur vie professionnelle, on peut en retenir trois qui sont mis en évidence:

1. les émotions sont considérées comme nécessaires : on ne peut pas travailler sans émotions.

2. les émotions sont reconnues et régulées : c'est un métier où nous travaillons avec des personnes qui souffrent. Le soignant ne doit pas se laisser submerger et pleurer avec le patient.

3. les émotions sont réprimées : pour être professionnelle, il est important d'être pleinement nous-même et accueillir nos propres émotions pour pouvoir écouter l'autre.

---

<sup>11</sup> Lydia Fernandez, professeur des universités. Les concepts en sciences infirmières. Editions ARSI, éditions



L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme tant au niveau psychologique (notre esprit), que cognitif (notre compréhension), et comportemental (nos actions).

L'émotion a un concept voisin l'affect<sup>12</sup>, qui lui, peut être défini comme «tonalité du sentiment, agréable ou désagréable, qui accompagne une idée ou une représentation. Les affects expriment tous les phénomènes de l'affectivité, c'est-à-dire toutes les nuances du désir, du plaisir et de la douleur qui entrent dans l'expérience sensible sous forme de ce que l'on appelle les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions. Ils sont des manifestations externes, visibles et observables des états émotionnels. Par exemple, la perte d'un être cher est une des douleurs que nous redoutons le plus. Elle nous prive à jamais de la présence de l'autre. Elle nous entraîne sur le chemin du renoncement et du deuil. Il va falloir apprendre à vivre sans cette personne. La tristesse est une réaction émotionnelle face à une perte».

Dans la situation que j'ai vécue avec Madame O, je me rends compte que j'ai ressenti:

- De l'empathie : c'est une faculté de se mettre à la place de l'autre, de percevoir ce qu'il ressent et être attentifs aux émotions. Je me suis posée la question: «et si c'était moi dans ce lit, de quelle manière je voudrais qu'on s'occupe de moi, et qui s'occuperait de mes enfants, que deviendraient-ils?».

- Un transfert : qu'il s'agisse d'accompagner une personne en fin de vie ou un patient atteint de maladie grave, le soin mobilise les affects des soignants car certains aspects de sa vie font écho avec la leur, comme par exemple l'âge des enfants dans le cas de Madame O.

Devant cette prise de conscience, j'ai réalisé que j'ai mis en œuvre des mécanismes de défense de manière inconsciente et involontaire comme l'identification projective.

Il convient de repérer nos propres mécanismes de défense qui fluctuent en fonction des situations et des patients dont on s'occupe pour pouvoir offrir une prise en charge individualisée et de qualité.

---

<sup>12</sup> Les concepts en sciences infirmières ; op. déjà cité

«Face à nos réactions émotionnelles, il n'est pas facile de faire silence en soi lorsque la souffrance d'autrui touche nos blessures personnelles et réveille notre propre souffrance»<sup>13</sup>.

Quels moyens peut-on alors mettre en place pour faire face à cette difficulté?

**d) Quelles ressources pour les soignants? :**

Au sein de l'établissement dans lequel je travaille, plusieurs ressources peuvent être proposées aux soignants pour les aider à exprimer leur difficulté professionnelle :

Le groupe de parole

C'est un temps institutionnel, mensuel où l'on s'installe dans une salle en formant un cercle. Peuvent être présents les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de service hospitalier, les élèves et cadre de santé, en présence d'un psychologue extérieur. Il nous amène à la réflexion sur nos pratiques professionnelles dans un climat de confiance. Tout ce qui est dit doit rester confidentiel et est soumis au secret professionnel. Le rôle du psychologue est de tenter d'améliorer la relation entre soignants et patients. En parvenant à soutenir une dynamique de groupe, il favorise la parole, l'écoute et gère les moments d'émotion et de silence.

Des problèmes éthiques peuvent être abordés, en sachant que la réflexion éthique et individuelle renvoie sur nos propres histoires personnelles et sur notre façon de concevoir d'être soignant.

Le but est de permettre d'atténuer par le lien groupal, la souffrance et l'angoisse des soignants et ainsi de pouvoir durer professionnellement pour accompagner aux mieux tous les patients et leur famille.

---

<sup>13</sup> Pascal Prayez, Julie ou l'aventure de la juste distance. Editions LARARRE 2005

### L'équipe pluridisciplinaire

C'est l'ensemble des professionnels (kiné, médecin, aide-soignant, infirmiers, cadre de santé, assistante social, diététicienne, ergothérapeute, agent de service hospitalier) qui intervient dans la prise en charge globale du patient avec des compétences différentes et ainsi, permet de s'organiser pour avoir une mission et des buts communs.

L'équipe doit respecter et accueillir la parole des autres soignants lorsque l'un d'entre eux exprime le besoin de passer le relais en cas de situation devenant trop difficile à gérer.

Elle devra être également tolérante, malgré les sentiments, les opinions, les valeurs différentes et le passé personnel de chacun, car il est facile d'entendre, d'écouter mais plus difficile de s'entendre et de respecter l'autre.

Discuter en équipe pluridisciplinaire permet de mettre en place des objectifs clarifiés pour la prise en charge du patient, de se questionner en permanence «Qu'est que l'on fait pour lui et avec lui?» et réajuster la prise en charge. Le patient doit être notre but commun.

### Le staff

C'est une réunion avec les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les élèves, le cadre de santé, l'équipe mobile d'accompagnement, l'assistante sociale, la diététicienne, le coordonnateur de l'hospitalisation à domicile. Elle réévalue la prise en charge du patient dans sa globalité.

Elle a lieu un matin de façon hebdomadaire. Toutes les personnes présentes peuvent prendre la parole, s'exprimer sur une situation ou une démarche de soin du patient et donner sa propre perception professionnelle, en ayant toujours comme objectifs le bien-être du patient dans sa globalité, le respect et la dignité.

### Les formations

Elles sont possibles quand nous sommes dans des centres hospitaliers en faisant une demande lors de l'entretien individuel annuel, avec le cadre de santé de notre service. Ses entretiens sont un moyen d'échange de dialogue entre deux personnes, afin de construire un plan de formation et de s'insérer dans un projet de service.

Des formations internes à l'hôpital peuvent nous être proposées comme sur les soins palliatifs, la douleur, le toucher massage, l'initiation à la réflexologie. Mais aussi à l'extérieur du centre hospitalier comme les diplômes universitaires en soins palliatifs ou de la douleur. Elles nous permettent un enrichissement de connaissances techniques et pratiques et aussi des échanges d'idées professionnels, éthiques, institutionnels, culturels.

Il est important pour un soignant de prendre conscience de l'utilité de ses ressources et savoir les utiliser lorsqu'elles nous sont proposées.

Elles sont toutes un moyen pour le personnel soignant de maintenir, améliorer ses compétences et la relation avec les patients et leur famille.

#### **4/ Synthèse**

Au cours de mon expérience professionnelle, je me suis formée à plusieurs reprises.

Ma relation avec Madame O et mes recherches me montrent bien que je me suis égarée dans mes pratiques professionnelles en mettant en place un type particulier de mécanisme de défenses : l'identification projective. Je me suis laissé dépasser de façon involontaire et inconsciente, envahir par la souffrance physique et psychologique de la patiente.

Aujourd'hui, il me semble essentiel d'apprendre à identifier, à accueillir et à accepter mes émotions, ne pas les refouler car, à travers elles, c'est notre identité personnelle qui en ressort, mais le patient a besoin d'un soignant qui puisse être à l'écoute, dans l'échange, le partage et l'humanité.

Lorsque nous accompagnons un patient en fin de vie, il me semble indispensable de le faire en le prenant en charge dans sa globalité, en m'appuyant sur des ressources qui sont disponibles au sein de mon établissement. Avec Madame O, si j'étais allée au groupe de parole et avais discuté avec l'équipe de mon ressenti, j'aurais pu exprimer mes souffrances et colères. La situation m'aurait peut-être alors semblée moins difficile pour sa prise en charge et à l'annonce de son décès.

Mes lectures et recherches m'ont permis de comprendre qu'il ne faut pas éviter, mais savoir accueillir et essayer d'analyser nos mécanismes de défense. Cela nous permet de connaître nos limites.

Il a été, pour moi, bénéfique de faire ce travail de recherche et réfléchir sur mes valeurs d'aide-soignante afin d'instaurer de façon correcte une relation de confiance, d'empathie, d'humanité et de juste distance entre le soignant et le soigné. Maintenant pour mes futures prises en charge d'accompagnement en fin de vie, j'aborderai de façon différente mes émotions avec plus de sérénité et de recul.

J'utiliserai les ressources proposées aux soignants comme le groupe de parole, l'équipe pluridisciplinaire, ma formation en cours sur l'accompagnement et fin de vie pour éviter qu'une nouvelle situation ne vienne me déstabiliser et à terme m'amener à l'épuisement professionnel.

## Conclusion

La formation, mes recherches et mes propres réflexions m'ont permis de comprendre que j'ai mis en place un mécanisme de défense particulier en m'identifiant à la patiente de la situation s'en m'en rendre compte.

Etre aide-soignant, c'est s'inscrire dans une approche globale de la personne soignée tout en considérant la dimension relationnelle des soins. Il doit, quelques fois, prendre en compte ses propres souffrances, les analyser pour continuer à rester dans une qualité de soins adaptés et maintenir une juste distance.

Aujourd'hui, écouter, exprimer et partager mes sentiments est un moyen, pour moi, de libérer les tensions cumulées lors des accompagnements en soins palliatifs et en fin de vie.

Ces situations restent souvent difficiles. Outre nos émotions et notre vécu, certains facteurs peuvent également nous entraîner vers des relations particulières dans la prise en charge des patients, nous amener parfois à franchir des barrières et à réduire une juste distance dans la communication.

On peut alors se demander et s'interroger à partir de quel moment la relation soignant-soigné a perdu une partie de sa dimension.

## Sources

### Bibliographie

Face à la maladie grave ; de Martine Ruzzniewski, édition DUNOD, Paris 1999

Les Concepts en Sciences Infirmières ; de Monique Formarier et Ljiljana Jovic, 2ème édition MALLET CONSEIL

Soins relationnels palliatifs ; édition ELSEVIER MASSON

Julie ou l'aventure de la juste distance ; de Pascal Prayer édition LAMARRE, 2005

Recherche en soins infirmiers ; de Monique Formarier, édition ARSI, 2007

Soins palliatifs : réflexions et pratiques ; de Véronique Blanchet, Marie de Beauchêne, Jean-Marie Gomas, Jean Michel Lassauniere, Jeanine Pillot, Marcel-Louis Viillard, Lylyana Zivkovic, édition Formation et Développement, 2011

Le petit LAROUSSE grand format, éditions Larousse/ HER 2000

### Sitographie

La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort ; sur [www cairn.info](http://www.cairn.info) revues info Kara de JENNY Paul (psychologue)

Le référentiel du métier aide-soignant ; bulletin officiel ; annexe I,1; arrêté de 2005 sur <http://social-santé.gouv.fr>

Dictionnaire de psychiatrie ; édition CILF 2015 sur [www cilf.fr](http://www.cilf.fr)

L'identification projective ; <https://www.wikipédia>, août 2015

L'annonce en cancérologie ; [www cairn.info](http://www.cairn.info) revues Question de communication, de Antoine Spire et Rollon Poinot, novembre 2007

Identification projective ; [www cairn.info](http://www.cairn.info) revues Gestalt n° 24 p 141, de Catherine Bolgert, 2003

Patient ; <https://www.wikipédia>

## Remerciements

Je tiens à remercier tous les intervenants de la formation pour avoir dispensé des cours adaptés à nos différents métiers.

Je tiens aussi à remercier également toutes les personnes qui m'ont aidée à la réalisation de ce mémoire:

Martine, cadre de service d'oncologie, hématologie.

Véronique, Dominique, Justine, Emilie, des collègues,

et mon mari Sébastien.



Les émotions, les soignants les vivent au quotidien. Mais en prendre conscience sans se laisser submerger, n'est pas aisé.

Le récit de situation complexe et authentique présenté est élaboré dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie d'une patiente, mère de famille.

Différents auteurs nous amènent à réfléchir sur les émotions, les mécanismes de défense et en particulier celle de l'identification projective.

En osant les partager, le rédacteur essaie de mettre en place des ressources pour aider les soignants à vivre aux mieux ces situations difficiles.

***La résonance émotionnelle des aides soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier***

Mots clés:

Résonance émotionnelle

Identification/projection

Aide-soignant