

**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE LIMOGES**

**Travail Ecrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute**

Juin 2012

**LE CONTRE TRANSFERT EN KINESITHERAPIE :
« de la nécessité de reconnaître et de gérer ses émotions
à la recherche de la juste distance
dans la relation soignant-soigné »**

Sébastien BONETTI

Sous la Direction de :

Marie - Jo LARROQUE, masseur-kinésithérapeute au CH Esquirol de Limoges.

Frédéric PARPEIX, cadre de santé et rééducateur à l'IRFSSL du Limousin.

« Ce ne sont pas les événement qui nous blessent, mais bien l'interprétation que nous nous en donnons, c'est à dire les émotions que nous développons pour y réagir ».

Marc AURELE

Remerciements

Je remercie tout particulièrement **Mme Céline JOSEPH** et **M. Frédéric PARPEIX** pour leurs aides tout au long de cette année. Leurs pertinences et leurs approches pédagogiques m'ont permis de faire évoluer mes idées et ont permis à mon projet d'aboutir.

Merci à **Mesdames Marie-Jo Larroque et Francine GILLET**, Masseur-Kinésithérapeute au C.H. Esquirol à Limoges et cadre de santé à L'hôpital Jean Rebeyrol de Limoges pour leurs expériences et leurs conseils.

Je remercie tout particulièrement ma femme, qui m'a permis de réaliser mon parcours à l'IRFSS du limousin avec succès du fait de son implication dans la gestion de notre quotidien.

Je fais de gros bisous à mes trois garçons, Enzo, Noah et Timothée qui de par leurs présences m'ont permis de me surpasser lors des moments difficiles.

SOMMAIRE

I.	Introduction	5
II.	Problématique pratique : « mes ressentis lors de la prise en charge de Celia 10 ans »	7
2.1	Avant chaque séance	7
2.2	Au cours des séances	7
2.3	Après chaque séance	8
III.	Problématique théorique	9
3.1	La relation transférentielle	9
3.2	Emotions et sentiments des professionnels de santé dans la relation soignant/soigné.	11
3.2.1	Identifier ses émotions et ses sentiments	11
3.2.2	Stress et émotions	14
3.2.3	L'épuisement émotionnel chez les professionnels de santé	14
3.2.4	Les mécanismes de défense mis en place par les professionnels de santé	16
IV.	Le masseur-kinésithérapeute et la relation soignant/soigné	19
4.1	Les différents types de relations soignant/soigné en masso-kinésithérapie	19
4.1.1	La relation d'aide	20
4.1.2	Place de la relation soignant-soigné dans la formation initiale	21
4.2	Notion de juste distance dans la relation soignant/soigné	23

V.	Dispositif de recherche	25
5.1	justification du choix de la méthode.....	25
5.2	Le questionnaire.....	26
5.2.1	Méthode.....	26
5.2.2	Protocole de recueil de données	27
VI.	Résultat	28
VII.	Discussion	33
7.1	Limites et perspectives du dispositif de recherche.....	33
7.2	Retour sur la situation vécue en stage.....	33
VIII.	Conclusion	38
IX.	Bibliographie	40
X.	Annexes	42

I. INTRODUCTION

Je suis un étudiant de 34 ans. Mes études de kinésithérapie constituent pour moi une reconversion professionnelle après une vie de sportif de haut niveau. Je suis également marié et j'ai trois enfants âgés de 9 ans, 6 ans et 4 ans.

Etant père de famille, je savais bien que certaines situations seraient dures à vivre durant mes stages, notamment à l'Hôpital de la mère et de l'enfant (1^{er} stage de 3^{ème} année). Mais je n'ai pas eu à attendre jusque là. Lors d'un stage réalisé au Centre Hospitalier d'Esquirol en psycho-réhabilitation (2^{ème} stage de 2^{ème} année) j'ai vécu une expérience forte en émotions, d'autant plus que c'était la première fois depuis le début de ma formation que j'y étais confronté.

La patiente que j'ai eu à prendre en charge était une fillette de 10 ans, atteinte d'une encéphalite anti NMDA¹. Elle se situe au milieu d'une fratrie de trois enfants, avec un grand frère de 12 ans et un petit frère de 7 ans.

La situation que vivait cette petite fille et sa famille m'a touchée émotionnellement du fait de la résonance qu'elle a eu en moi. Ce qui a eu pour conséquences une prise en charge trop affective et une « juste distance » dans la rééducation difficile à trouver.

En effet, il a été difficile pour moi, ancien rugbyman de haut niveau, à qui on a dit pendant douze ans que pour être compétent, il faut s'entraîner, s'impliquer fortement dans un projet de jeu, faire corps avec les autres joueurs dans le but d'être performant. De me dire aujourd'hui que dans mon nouveau métier, même avec une forte implication dans le soin, non seulement il n'est pas certain que le patient dont on s'occupe récupère un jour, mais qu'en plus une relation trop affective risquerait de mettre le masseur-kinésithérapeute (MK) en danger. A cela s'est ajouté un sentiment d'injustice ressenti pour cette enfant de 10 ans, sentiment déjà identifié dans mon ancienne vie.

¹ Encéphalite anti NMDA (cf Annexe 1).

« Nous réagissons aux situations extérieures et à nos états intérieurs par des émotions qui sont : un trouble, une agitation momentanée, souvent impulsive. Ce phénomène est en cohérence avec ce que nous vivons et avec la manière dont nous le percevons et l'interprétons » (Phaneuf, 2010).

Le thème de mon mémoire s'inscrit dans le champs psycho-social. Ce domaine de la kinésithérapie, méconnue, me paraît essentiel, surtout dans des situations fortes en émotions comme celle que j'ai vécue.

J'ai pu observer dans les différents stages effectués, que la relation soignant-soigné est continuellement présente et que la question de la distance se pose souvent à moi. De ce fait, il m'a paru intéressant de comprendre : Qu'est-ce qu'une relation transférentielle ? Qu'est-ce qu'un contre transfert ? Comment repérer et gérer ses émotions ? Comment réagir face à une situation émotionnellement difficile ? Qu'est-ce qu'une relation soignant-soigné ? Comment trouver la juste distance thérapeutique ?

- Dans un premier temps, je présenterai la situation qui m'a posée question et qui a été le point de départ de ma réflexion. De celle-ci s'est dégagé un questionnement qui m'a amené à une question de départ.
- Ensuite, je parlerai : de la relation transférentielle, des émotions et des sentiments qui entrent en jeu dans une relation soignant-soigné et des mécanismes de défense que mettent en place les professionnels de santé face à des situations fortes en émotions.
- Puis, j'apporterai un éclaircissement sur la relation soignant-soigné en masso-kinésithérapie.
- Enfin, je développerai la notion de juste distance dans le soin.

Mon mémoire se compose également d'un dispositif de recherche avec un questionnaire, d'une analyse de résultats, d'une discussion et d'une conclusion.

II. PROBLEMATIQUE PRATIQUE : « MES RESENTIS LORS DE LA PRISE EN CHARGE DE CELIA 10 ANS »

Lorsqu'on m'a dit que j'allais m'occuper d'une fillette de 10 ans atteinte d'une encéphalite anti NMDA, je ne savais pas à quoi m'attendre car je ne connaissais pas la pathologie, ni les répercussions sur ma patiente. J'appréhendais le moment de notre rencontre, le fait qu'elle soit une enfant m'angoissait. Intérieurement, j'ai essayé de me rassurer, me disant que j'avais trois enfants donc je savais comment les aborder. Mais quand je suis rentré dans sa chambre, j'ai été choqué par la violence de cette maladie. Elle était allongée sur son lit en décubitus dorsal, la tête ainsi que les bras bougeaient de manière anarchique, elle avait perdu la parole et n'arrivait plus à fixer son regard. Sa pathologie ne lui permettait aucune autonomie. Les transferts étaient réalisés avec deux aides soignantes, elle était totalement dépendante pour sa toilette et l'habillage. Enfin elle était alimentée par une sonde de jéjunostomie. Je me suis alors demandé :

Comment allais-je appréhender ma séance ? Comment être compétent tout en gérant les émotions qui commençaient à m'envahir ? Comment se comporter, trouver les mots vis à vis de ma patiente et sa famille ? Comment mettre ma vie privée de côté ? Comment ne pas en faire trop ? Comment me reconcentrer sur la suite de ma journée ?

2.1 AVANT CHAQUE SEANCE

Tous les jours en arrivant sur mon lieu de stage, je pensais à elle. Les autres patients ne me mobilisaient pas autant d'attention. Avant de commencer la journée, il y avait un débriefing de ce qui s'était passé pendant la nuit. J'étais très attentif au sien en espérant une amélioration quelle qu'elle soit. Dès que j'arrivais à l'étage où se situe le plateau technique, la première chose que je faisais, c'était d'aller la voir dans sa chambre. Je questionnais les aides soignantes et les infirmières pour savoir comment s'était passée la nuit, si elle était disponible pour commencer la séance.

2.2 AU COURS DES SEANCES

J'appréhendais le moment où j'allais la chercher dans sa chambre. Car le fait de voir cette enfant dans son lit avec ses doudous près d'elle m'attristait. Cette image me faisait souffrir intérieurement car je ne pouvais m'empêcher d'imaginer ma famille et moi même dans cette

terrible situation et de me demander comment on réagirait ? Lors des séances, mes mouvements étaient très englobants, doux, attentionnés, je me sentais vraiment proche d'elle.

Un mercredi matin, lors d'une séance de stimulation effectuée dans sa chambre, nous avons eu la visite de sa mère et de ses frères. Ils n'avaient pas école et venaient pour la première fois lui rendre visite dans le service. Ce moment a été dur à gérer pour moi, car la présence de ses frères (12 ans et 7 ans) faisait échos à ma propre famille. En effet la ressemblance entre nos deux familles était de plus en plus présente.

Je venais de me plonger l'espace d'un instant dans une profonde souffrance qui me faisait froid dans le dos. J'ai transposé cette situation sur mes propres enfants et j'ai été submergé par mes émotions. Je crois qu'après la séance je me suis assis quelques instants dans la salle de kiné pour réfléchir, pour me remettre de ce bouleversement.

2.3 APRES CHAQUE SEANCE

Dès que je quittais l'hôpital, il me tardait d'arriver chez moi pour parler à ma femme de ma journée et serrer mes enfants dans mes bras. Le fait d'en parler me faisait du bien car je ressaisais sans cesse les moments passés avec ma patiente.

En résumé, la situation que j'ai vécue était difficile à gérer émotionnellement car elle était nouvelle pour moi. La pathologie, l'âge de ma patiente et le fait qu'elle me fasse penser à mon fils aîné et sa famille à la mienne, tous ces éléments m'ont fait souffrir intérieurement. De plus sa maladie s'est déclarée avant les fêtes de Noël (23 décembre 2010), ce qui n'a pas arrangé le sentiment d'injustice que je ressentais pour cette fillette et sa famille. J'ai donc essayé d'en faire plus pour cet enfant ce qui m'a déstabilisé dans ma prise en charge. J'y ai mis beaucoup de sentiments affectifs et d'émotions. Mais qu'est-ce qu'une émotion ? Qu'est-ce qu'un sentiment ? Comment les reconnaître ? Comment apparaissent-ils dans une relation soignant/soigné ? Quelles sont les particularités d'une relation entre un soignant et un soigné ?

Cette première réflexion m'a amené à diriger ma recherche d'après cette question :

En quoi la relation transférentielle influence-t-elle notre prise en charge ?

III. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

3.1 LA RELATION TRANSFERENTIELLE

J'ai été profondément touché par le sentiment d'injustice ressenti. Cette situation faisait résonance à ma propre vie privée, au fait que la maladie peut arriver à tout moment et à n'importe qui. Elle me renvoyait à ma propre fragilité. J'ai donc été déstabilisé dans ma prise en charge, car je me suis trop impliqué affectivement.

« La relation transférentielle » se définit comme une intense relation affective, voire amoureuse, du patient à son psychanalyste. L'analyste vient incarner, au cours du travail analytique, différentes figures de la vie du patient et les affects qui y sont attachés. (Rézette, 2008).

« La relation de contre transfert » s'établit chez le soignant par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. (Freud, 1910).

Un jour, avec la kinésithérapeute du service, on avait décidé de lui faire la séance non pas dans sa chambre, mais au plateau technique. Elle était dans son lit, on voulait la passer au fauteuil pour aller jusqu'à la salle, mais il n'était pas adapté car sa tête lors des mouvements choréiques heurtait l'appui-tête. Alors instinctivement je l'ai prise dans mes bras, comme j'aurai fait pour mes enfants. J'aurai pu refuser et la mettre dans son fauteuil avec un coussin pour la protéger, mais je n'y ai pas pensé sur le moment.

La kinésithérapeute du service, connaissant ma situation familiale, a bien senti qu'il y avait quelque chose qui se passait et m'a proposé de prendre le relais et de me remplacer. Je n'avais pas encore réalisé que j'étais en train de trop m'impliquer émotionnellement, mais le fait qu'elle me posait cette question m'a fait réfléchir. Je me suis alors demandé : « Comment ne pas mettre trop d'affectif dans une relation qui nous touche émotionnellement ? Comment mettre ma vie privée de côté ?

D'après (Séverine Rézette, op. cit.) : « *De manière générale, l'élève infirmier, tout comme l'infirmier par la suite, ne peut faire l'économie d'un lien affectif avec son patient, que ce lien soit positif ou négatif. Ce lien fait peur mais il n'est pas un danger si l'élève infirmier accepte d'en tenir compte et tente, avec l'aide de ceux qui l'encadrent ou avec l'aide de la psychologue de l'institution par exemple, d'analyser ce qui se passe dans ce lien qu'en psychanalyse on appelle transfert* ».

Selon la (SFAP, collègue des acteurs en soins infirmiers, 2009) : « *La fonction soignante ne peut s'exercer que dans la relation à l'autre, gravement malade, et parfois mourant. La relation entre le patient et le soignant détermine une réaction de chacun face à l'autre que la psychanalyse désigne par le terme de transfert* ».

Quelques semaines plus tard, mes émotions étaient toujours présentes. La rééducation devenait de plus en plus difficile, car je voyais bien que les séances se suivaient et malheureusement se ressemblaient. Que ma patiente n'évoluait pas. Il était alors difficile d'assurer cette rééducation qui progressivement faisait naître en moi un sentiment de frustration importante (car j'aurai voulu apercevoir ses progrès), mais je me refusais à renoncer.

D'après (Rézette, 2008) : « *L'impuissance dans laquelle est mis le soignant qui reçoit cette souffrance sans réponse est source d'angoisse et de dévalorisation pour lui parce qu'on lui a surtout appris à savoir faire pour guérir, mais savoir être pour accompagner, recevoir, écouter sans en être soi-même anéanti cela est une expérience personnelle, propre à chaque individu et qui ne s'apprend pas dans des cours mais se surmonte au fur et à mesure de la pratique* ».

Comme on a pu le constater, l'affectivité, dans une relation, est un des facteurs qui la rend unique. Cela correspond à une aptitude à être affecté de plaisir ou de douleur. On pourrait dire qu'elle se trouve au centre même de la relation de part son entière appartenance à l'être humain.

En effet, nous pouvons être mis en difficulté si nous n'arrivons pas à identifier les émotions et les sentiments qui sont présents pendant notre prise en charge. Mais qu'est-ce qu'une émotion ? Qu'est-ce qu'un sentiment ? Comment les reconnaître ?

3.2 EMOTIONS ET SENTIMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

D'après (Rézette, 2008) : « *Tout lien avec un autre différencié met en jeu des réactions pulsionnelles, émotives, affectives chez chacun de nous. Il n'est pas toujours aisé de travailler avec ces sentiments ni même de les repérer* ».

Le terme « *émotion* » possède comme racine le verbe « *mouvoir* » qui indique déjà clairement que ces ressentis nous mettent en mouvement, qu'ils sont instigateurs de nos comportements. Notre registre émotionnel humain est très large.

« *Certaines de nos émotions sont positives et nous portent vers la sérénité et l'ouverture aux autres, alors que d'autres, nous amènent à réagir négativement, nous font souffrir et nous portent à nous durcir et à nous fermer. Pour évoluer, il est important de réaliser les émotions que suscitent certaines situations afin de pouvoir mieux les gérer* » (Phaneuf, 2010).

L'émotion se définit : « *comme une manifestation vive d'un trouble subit, d'une agitation passagère en réaction à nos perceptions internes ou externes. Elle prend la forme : de surprise, de la peur, de la joie, de la colère, de la douleur, etc... et peut donner des symptômes physiques* » (ibid.).

Alors que le sentiment est : « *un état affectif plus durable provoqué par une émotion* » (ibid.).

Donc il paraît essentiel de faire les choses dans l'ordre. Ceux qui veut dire qu'avant de pouvoir gérer ses émotions, il faut d'abord apprendre à les identifier. Mais comment faire lorsque nous sommes simple stagiaire ou jeune diplômé ? Comment peut-on les reconnaître alors que nous n'avons que peu d'expérience ?

3.2.1 Identifier ses émotions et ses sentiments

D'après (Manoukian, 2008) : « *la connaissance de soi donne un recul qui permet d'affiner ses attitudes et ses réponses face à chaque interlocuteur rencontré* ».

On rappelle ici que les émotions vont engendrer, au fur et à mesure de la prise en charge, des sentiments qui sont des états affectifs plus durables.

Dans son ouvrage sur « *la relation soignant-soigné* » (ibid.) décrit, cinq sentiments qui vont aider le soignant à mieux se connaître. Il pourra ainsi mieux les identifier lorsqu'ils apparaîtront à certaines périodes de sa vie professionnelle.

« ***Le sentiment de satisfaction*** : il peut provenir de mille raisons différentes. La liste serait longue. Nous ne citerons que les gratifications personnelles dues à un bon contact avec tel ou tel patient ou famille ; celles qui viennent de l'équipe qui, dans un cas donné, « fait corps » ou « fait bloc », en se serrant les coudes. Il y a aussi les gratifications directement liées au succès thérapeutiques du service, à la reconnaissance par la hiérarchie ou aussi au sentiment d'améliorer ses compétences professionnelles. Les émotions présentes dans ce cas sont fréquemment la joie, l'apaisement, le dynamisme, la curiosité, la générosité, la chaleur, la sympathie, l'amitié.

Le sentiment de supériorité : il est fondé sur l'action auprès du malade qui est souvent assis ou alité ; sur le port de la blouse qui marque une fonction valorisée ; sur un certain savoir paramédical (mis à l'épreuve quand les malades demandent un renseignement qu'ils n'ont pas osé demander au médecin) ; sur une autorité professionnelle que confère le rôle de soignant ; sur l'exécution de quelques gestes techniques.

Ce sentiment donne la confiance en soi indispensable à la relation de soins et à l'exécution des tâches qui en découlent. Ce versant positif du sentiment de supériorité peut être contrebalancé par le risque d'en abuser auprès des patients et de leur famille. Face à des interlocuteurs étrangers au milieu médical et à son « jargon », face à la maladie et à la douleur, face aux interrogations avouées ou tues, laisser ce sentiment dominer la relation de soins finirait par produire l'effet inverse de celui souhaité.

Une relation de confiance exige bien sûr pour le patient de se sentir dans des mains compétentes mais elle demande aussi un certain partage des connaissances sur la maladie et l'établissement d'une collaboration active avec la démarche de soins. Une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher. Tendre à une meilleure autonomie deviendrait par conséquent plus difficile. A l'opposé de ce sentiment, on rencontre le sentiment d'impuissance.

le sentiment d'impuissance : Sentiment que provoquent certaines pathologies incurables, non évolutives ou mortelles. Il peut s'accompagner d'un sentiment d'infériorité à ne pas savoir suffisamment ; à ne pas comprendre ou à ne pas pouvoir réagir comme on le voudrait . Il s'accompagne éventuellement d'émotions comme la tristesse et la colère. Les conséquences de ce sentiment difficile à vivre sont variables.

D'une part, il peut provoquer une lassitude, un désespoir dont le soignant ne se soulagera que s'il rencontre un soutien dans sa propre équipe ou éventuellement auprès d'autres professionnels.

Travailler avec l'idée qu'on ne peut rien faire pour tel ou tel patient, devant telle maladie ou devant la vieillesse, doit être traité en redéfinissant les objectifs de soins d'une unité et sa philosophie.

D'autre part, ce sentiment peut pousser le soignant à une hyperactivité. Dans ce cas, le trop - en-faire intervient pour compenser l'impuissance et éviter la souffrance qu'il recèle. Les mêmes attitudes de soutien en équipe et la précision de la finalité du travail dans ce service sont préconisées.

le sentiment de responsabilité : Indispensable dans un travail de soin, le sentiment de responsabilité n'en est pas moins lourd à porter. Il peut dépasser le contexte du simple rôle social quand par exemple le soignant prend trop à cœur la situation d'un malade du service, et quand son implication personnelle va plus loin que le demande sa conscience professionnelle. Les règles implicites (mais parfois formulées clairement) et les consignes de fonctionnement dans un service cherchent souvent à prévenir l'émergence d'un trop grand investissement personnel. Toutefois, comment ne rien ressentir ? ne rien éprouver ? Peut-on éviter les émotions ? En est-on maître ? D'ailleurs, cette maîtrise est-elle vraiment souhaitable ?

Nous ne le pensons pas. Il serait plus raisonnable de faire avec, de profiter de l'équipe pour contenir ce qui ne peut l'être individuellement plutôt que de vouloir nier ce qui arrive. Ce sentiment de responsabilité peut s'accompagner d'émotions comme la sympathie, l'inquiétude, la peur, l'attachement mais aussi la colère et la tristesse.

Il y a un sentiment important non évoqué par l'auteur : **l'injustice** (cf p34, Le complexe de Caliméro, Isabelle LEVERT, 1984).

le sentiment de découragement : il peut aller jusqu'au *burn out* (en anglais, littéralement, brûler complètement), c'est-à-dire jusqu'à l'épuisement. C'est le ras-le-bol, la fatigue devenue chronique, parfois la dépression, en tout cas le désintérêt ou le désinvestissement. Ce sentiment renvoie à la notion de stress et tout le monde convient que le milieu hospitalier est une réserve de stress, côté patient mais aussi côté soignant. »

3.2.2 Stress et émotions

D'après le dictionnaire (Nouveau petit Robert, p37), le terme stress signifie « effort intense et tension ». Au début du siècle dernier, ce terme était utilisé par les ingénieurs : il exprimait l'action d'exercer une contrainte, la pression sur des métaux et la capacité du matériel à y résister. Actuellement le mot « stress » désigne à la fois la pression de l'environnement et la réaction de l'organisme à cette dernière.

Il est important de comprendre le processus du stress pour prévenir ses effets négatifs, de mieux se connaître pour faire face aux pressions de son environnement et d'agir en accord avec ses valeurs afin de donner le meilleur de soi.

En effet le bien-être du professionnel de santé est le pré-requis de la qualité des soins. Il est aussi important pour ne pas mettre en péril sa vie privée. le sentiment d'impuissance et de responsabilité ainsi que les aspects matériels, les contraintes horaires, l'ambiance, les échecs, l'absence de reconnaissance ou de considération peuvent entraîner à la longue un sentiment de découragement.

Mais comment réagir face à ces différents sentiments ? Quelle posture adopter ? Peut-on maîtriser nos réactions ? C'est ce que nous allons voir maintenant.

3.2.3 L'épuisement émotionnel chez les professionnels de santé

Selon (Manoukian, op. cit.), « le *burn-out* est une notion qui a fait du chemin depuis son apparition dans les années soixante-dix. Sa définition reste variable selon les auteurs. Certains insistent sur la fatigue physique, d'autres sur le stress, d'autres encore sur la perte de l'idéal. Mais tous sont d'accord pour parler d'un épuisement émotionnel.

La définition qui nous paraît la plus adaptée aux soignants est celle de (Maslach, 1982) :
C'est un syndrome qui se caractérise par :

- un épuisement émotionnel
- une dépersonnalisation
- une diminution de l'accomplissement personnel

Ces trois composantes majeures du *burn-out* trouvent leur sources dans le contexte professionnel. Elles peuvent se développer chez des personnes travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes.

Sont en cause les situations dramatiques d'un bon nombre de patients, la surcharge de travail, la succession malheureuse de coups durs, l'absence de gratification, le sentiment d'inutilité et parfois la conjugaison avec des problèmes personnels. Le découragement s'accompagne plus ou moins intensément d'émotions comme la lassitude, l'épuisement, la perte de l'enthousiasme, le stress, le désespoir, la peur, la rage, voire parfois le dégoût. Ces différents états et leurs émotions forment une pente possible vers le *burn-out*.

Cet état ne relève guère de données psychiatriques. Les auteurs les distinguent des pathologies mentales. Il serait lié davantage à la dose de stress ainsi qu'à un investissement dans son travail qui ne procure pas les satisfactions espérées. Plus l'idéal est grand, plus la chute sera sévère. Nous savons tous qu'il y a un écart entre l'idéal et la réalité professionnelle. Pourtant, il nous faut avoir un idéal, un but à atteindre. Travailler dans le domaine du soin, de l'aide à la personne implique d'emblée une énergie tournée vers autrui. L'énergie de toutes nos actions trouvent son renouvellement dans deux champs relationnels.

Premièrement, dans les satisfactions directement issues des résultats obtenus. Les patients et les familles sont souvent (mais pas toujours) les meilleurs dynamiseurs, ceux qui nous encouragent et nous boostent.

Deuxièmement, dans les supports dont chacun de nous peut bénéficier. Ces supports peuvent être les bonnes relations entre collègues, par exemple, ou être extérieurs au service, auprès d'amis ou dans la famille ou encore dans des activités et des groupes divers. Ce tableau possible rencontre son contraire et nous obtenons sur un versant plus optimiste un sentiment de satisfaction ».

Tous ces sentiments permettront au masseur-kinésithérapeute d'y voir plus clair au niveau de son ressenti émotionnel et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur sa prise en charge. On voit que le masseur-kinésithérapeute peut, petit à petit, glisser vers ce qu'on appelle le **burn out**, s'il n'arrive pas à identifier ses émotions.

Cet épuisement émotionnel peut-être lié à une forte dose de Stress qu'il convient de repérer et d'éliminer avant que celui-ci insidieusement n'ait un impact sur nous en tant qu'être humain, sur notre prise en charge professionnelle et nos compétences, ainsi que sur notre vie privée. Le professionnel de santé va alors mettre en place certains mécanismes pour se protéger face à ces situations.

3.2.4 Les mécanismes de défense mis en place par les professionnels de santé

Chacun en fonction de sa propre histoire réagira différemment face à une même situation. Que cette réaction soit consciente ou non. Cependant, est-il possible de laisser sa vie personnelle au vestiaire ? Ne serait-ce pas elle qui influencerait la relation ? Ne serait-ce pas elle qui ferait que vous êtes ce professionnel qui apporte des soins de telle manière et pas d'une autre et qui vous différencierait d'un autre professionnel exerçant le même métier ?

« Etre touché par le vécu d'un patient, par son expérience douloureuse, provient souvent du fait que cette expérience nous renvoie à notre propre vécu. Il arrive qu'on ne soit d'ailleurs pas vraiment conscient de cet écho. En effet, notre mémoire et sa capacité d'oubli ainsi que le jeu des mécanismes de défenses font facilement obstruction à cette association » (Manoukian, ibid.).

Face à une situation difficile telle que la prise en charge de personnes gravement malades ou présentant un handicap majeur, le masseur-kinésithérapeute, va chercher à se protéger consciemment ou inconsciemment des sentiments angoissants que fait naître en lui la relation avec le patient.

Selon la (SFAP, Collège des acteurs en soins infirmiers, 2009) : *« Confrontés à la maladie grave et à la mort, les soignants vont devoir se protéger de l'angoisse qu'elles génèrent. Les soignants vont se prémunir par des stratégies d'adaptation conscientes ou inconscientes, appelées alors mécanismes de défense ».*

Dans son ouvrage « *Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants* » (Ruszniewski, 1999) a décrit neuf mécanismes de défense susceptible d'être mis en œuvre par le soignant.

« **Le mensonge** : consiste à cacher tout simplement la vérité au patient, à remplacer le nom de la pathologie pouvant évoquer la mort par un mot moins fort dans l'esprit des patients. Par exemple le mot cancer du foie par hépatite.

Réagir par le mensonge empêche tout dialogue entre le soignant et le soigné et permet au soignant de remettre à plus tard l'annonce du diagnostic. De plus le mensonge n'autorise pas le patient à se protéger en édifiant ses propres mécanismes de défense.

La banalisation : le soignant va occulter la globalité du patient .Il ne va s'occuper que du corps, du symptôme, il va soigner la maladie et non pas le malade. Il ne va pas s'intéresser à la souffrance psychique et donc ne pas voir le malade dans son ensemble.

L'esquive : ce mécanisme consiste à être continuellement en déphasage avec le patient. Cette fois-ci le soignant va éviter les sujets de conversations qui lui font peur, ceux où le patient révèle ses angoisses, ainsi il amènera la conversation sur d'autres thèmes.

La fuite en avant : consiste à dire tout et tout de suite, le soignant étant destabilisé par les questions sans équivoques du soigné, répondra sans réfléchir, par des phrases courtes et sans ménager le patient.

La fausse réassurance : il s'agit, grâce au savoir médical du soignant, d'entretenir chez son patient une sorte d'espoir, simulé et artificiel, alors même que le malade n'y croit plus.

La rationalisation : le soignant va se servir d'un langage médical et incompréhensible pour le patient, pour que celui-ci se retrouve dans un état de sidération et incompréhension. Le patient va donc voir sa maladie comme quelque chose d'inconnue et le rendre étranger à son propre corps.

L'évitement : correspond à un comportement de fuite, le soignant va s'intéresser au dossier médical et occulter totalement la présence du patient.

La dérision : consiste à ne pas prendre au sérieux la plainte du patient, sa souffrance et à réduire l'importance qu'elle pourrait avoir comme impact sur le patient.

L'identification projective : à l'inverse des autres mécanismes, le soignant ne met plus de distance avec le soigné. En effet, par ce mécanisme, qui consiste à attribuer à l'autre certains traits de 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. »

S. Rézette (2008), en décrit trois supplémentaires.

« **L'agressivité** : elle correspond au fait que le soignant va agresser par sa parole, ses gestes, ou son comportement le patient. Le soignant : rejette inconsciemment le fait qu'il a peur de se retrouver dans la même situation de souffrance que son patient ou que celle-ci le fait souffrir au-delà de l'acceptable.

L'humour : lorsque l'humour est utilisé à bon escient, pas à chaque fois il est utile et permet d'aider le patient dans des situations difficiles émotionnellement. Mais lorsque l'humour est utilisé tout le temps, le soignant évite alors d'entrer en relation avec le patient, et cela dénote : une peur d'entrer en relation.

Le ton hypocrite ou mignard : correspond à : un excès d'affectivité dans le ton qui infantilise et peut tendre à mettre à distance le malade en tant qu'adulte. Souvent les soignant vont alors utiliser le « on » pour s'adresser au patient. »

Il est donc important pour le masseur-kinésithérapeute de repérer les différents mécanismes de défense car ils sont la conséquence de notre ressenti émotionnel et sont l'élément déclencheur de la réflexion.

« *Le tout, c'est que le soignant puisse admettre que ces mécanismes correspondent à des réponses, des réactions par rapport à des évènements qui blessent, qui suscitent de l'angoisse et mettent en danger l'investissement auprès des sujets en souffrance. Les repérer, les accepter permet de les travailler, d'élaborer l'angoisse. En effet, en tant que protection, ils ne sont pas répréhensibles. Ils font partie de la relation à l'autre (Rézette, op. cit.)* ».

Selon (Phaneuf, op. cit.) : « *Le contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent. Elles nous bouleversent, suscitent notre compassion, nous choquent ou nous laissent indifférents. Elles sont positives ou négatives, mais n'échappent pas toujours au regard de*

ceux qui nous entourent. C'est pourquoi il nous faut apprendre à les identifier et à les gérer, car si nous sommes bouleversés, submergés par l'émotion, nous ne sommes de peu d'aide ».

D'après (Manoukian, op. cit.) : *« Ainsi savoir demander un soutien ou simplement un conseil aiderait bon nombre de soignants que la volonté, les préjugés ou un sentiment de supériorité poussent à se croire infatigables, voire infaillibles. Aider les autres, c'est aussi avoir la capacité à demander de l'aide. »*

Mais comment faire pour identifier et gérer des émotions qui correspondent à des situations nouvelles pour un stagiaire ou un jeune diplômé ? Comment faire alors que dans le décret de compétences du masseur-kinésithérapeute ses notions n'apparaissent pas ?

Les éléments que l'on vient d'étudier nous dirigent vers un élément important qui est la relation soignant/soigné et la notion de juste distance thérapeutique. C'est ce que nous allons développer maintenant.

IV. LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

Selon (Manoukian, ibid.) une relation « c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». Mais jusqu'où doit-on entrer en relation avec le patient ?

Quelles sont les conséquences d'une relation trop fusionnelle ou au contraire d'une relation très distante avec les patients dans le soin ?

4.1 LES DIFFERENTS TYPES DE RELATIONS SOIGNANT/SOIGNE EN MASSO-KINESITHERAPIE

Lors des soins, la relation entre le masseur-kinésithérapeute et son patient, peut se décliner en plusieurs niveaux :

« *La relation sociale de civilité* » exposée par L. MALABEUF, est basée sur un comportement agréable, social de la part de chacun et un échange de propos banaux, ce qui va instaurer un climat de confiance. Ce mode de relation suppose qu'il y ait une certaine distance qui permette à chacun de se protéger en évitant une trop grande implication.

« *La relation fonctionnelle* » est réalisée dans le but de recueillir des données utiles pour orienter la prise en charge. Elle est utilisée lors des bilans kinésithérapiques par exemple, notamment pour définir l'anamnèse. Dans ce cas, c'est le soignant qui conduit la discussion, pour mieux connaître les attentes et les projets du patient (ibid.).

« *La relation d'aide* » ce concept est défini par (Rogers, 1961) comme des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie.

4.1.1 La relation d'aide

Elle repose sur la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie (ibid.).

- « *La congruence* » est la capacité à être soi-même, c'est-à-dire accorder ses paroles et ses gestes sur ses pensées. Il faut savoir adopter une attitude de vérité et accepter ses propres limites.
- « *La considération positive inconditionnelle* » implique une conduite de non jugement vis-à-vis de la personne. Elle passe donc par le respect des idées du patient, de ses choix et ses actes.
- « *L'empathie* » désigne la capacité d'une personne qui peut comprendre les émotions d'une autre mais avec un positionnement distancé et neutre.

Dans une relation soignant-soigné il est nécessaire de parler de la notion « *d'empathie* », car elle permet au soignant de comprendre la souffrance du patient.

Cependant il ne faut pas qu'il la confonde avec sa propre souffrance. Lorsque cette distance n'est pas établie, une des conséquences peut être l'implication trop personnelle du soignant qui absorbe en lui une partie de la souffrance vécue par son patient. De ce fait, il ne peut plus apporter une aide adaptée et rester dans la juste distance soignant-soigné.

Dans le cas de patients présentant des maladies graves ou des handicaps majeurs, il me semble que la « relation d'aide » est la plus appropriée. Elle permettrait d'aider au mieux le patient.

D'après (Manoukian, op. cit.) : « *au delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens. Exemple : l'intérêt que l'on porte à un patient dans un service hospitalier n'implique pas forcément que l'on a créé des liens d'amitié avec lui. Les paroles et les gestes de réconfort ou d'encouragement se développent dans une relation de soins qui pose le cadre de son bon déroulement* ».

Je me souviens qu'un jour ma patiente était très agitée, car j'essayais pour la première fois de la verticaliser. Les mouvements choréo-athétosiques devenaient de plus en plus amples et rapides. Je pouvais lire dans ses yeux l'inquiétude de se retrouver dans cette position qui était nouvelle pour elle depuis la survenue de sa maladie. Pour la rassurer, je me suis placé près d'elle et je lui ai parlé en chuchotant. Au bout de quelques minutes elle a fini par s'apaiser et s'endormir.

(ibid.) « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation. L'affectivité est l'élément central. Nous pouvons dire qu'elle est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire.....* »

La rééducation en kinésithérapie nous impose un rapport de proximité au corps souvent souffrant, ce qui amplifie les émotions et les sentiments que l'on peut ressentir vis à vis des patients.

Dans le cadre de la relation soignant-soigné, le contexte de l'hospitalisation donne un sens à la relation. Mais c'est aussi ce qui fait sa complexité. Il s'agit d'une relation imposée : ni le soignant, ni le soigné ont choisi d'entrer en relation avec l'autre. Le patient vit alors une véritable rupture avec ses repères, ses habitudes de vie.

4.1.2 Place de la relation soignant-soigné dans la formation initiale

La notion de « relation d'aide » n'apparaît pas dans le décret de compétence relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Cependant il apparaît au cœur du décret de compétences en soins infirmiers.

Pour les MK, la formation aux notions de psychologie est décrite dans le Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989 :

En première année, le module III étudié est « Pathologie, Psycho-sociologie ». Les textes de loi définissent 68 heures de « **cours théoriques** » et 32 heures de « travaux dirigés et travaux pratiques », soit 100 heures au total. L'objectif est de « faire acquérir au futur professionnel un bagage élémentaire de terminologie courante en insistant sur les facteurs psychologiques qui permettent le dialogue avec le malade et les partenaires de l'équipe médicale ».

On voit que ce module nous amène à acquérir le vocabulaire nécessaire en psychologie, mais qu'il y a une absence de compétence en rapport à la réflexion de la part de l'étudiant.

En deuxième et troisième année, le module II « Psycho-sociologie, Réadaptation » comporte 25 heures de « **cours théoriques** » et 15 heures de « travaux dirigés et travaux pratiques ». Le but est d' « acquérir les connaissances de psychologie et de sociologie nécessaire à la compréhension du processus de réadaptation ».

Il y a une absence de formation sous forme de travaux dirigés, il s'agit essentiellement de cours théoriques à ce jour. Cependant la réingénierie de la formation MK identifie une compétence à acquérir dans le domaine relationnel. Il s'agit de la compétence 5 « conduire une relation dans un contexte d'intervention kinésithérapique ».

L'évolution sera également au niveau de l'enseignement qui passera d'une formation purement théorique à 30 heures de travaux dirigés. Cette forme d'enseignement étant plus favorable aux étudiants leur permettra de faire le lien avec le vécu lors des stages hospitalier et leur donnera la possibilité d'exprimer leurs émotions.

Ce changement au niveau de la formation, permettra aux MK de bénéficier de cette compétence relationnelle que possèdent déjà les infirmiers.

L'article R 4311-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmiers, stipule que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ».

Celui-ci est renforcé par le référentiel de compétences Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Compétence n°6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ».

D'après (Rézette, op. cit.) : « *Il convient donc de différencier la « relation d'aide » en tant que lien entre deux personnes, de la « relation transférentielle », car c'est ce dernier aspect relationnel qui se trouve majoritairement en jeu dans le contexte de soins entre soignants et soignés* ».

On voit que certains événements peuvent nous blesser, susciter de l'angoisse et mettent en danger notre investissement auprès des sujets en souffrance. Rézette, (op. cit.) précise qu'il faut apprendre à reconnaître les mécanismes de défense mis en place, ce qui nous permet d'identifier et de gérer nos émotions. Prayez, (op. cit) nous conseillent plutôt de trouver une juste distance non défensive entre le patient et nous pour ne pas mélanger notre vie professionnelle et notre vie privée.

4.2 NOTION DE JUSTE DISTANCE DANS LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

Définitions :

La distance est « *l'espace qui sépare deux personnes* ». Du fait de la constante évolution des êtres humains, cette distance est en perpétuel mouvement, c'est un concept dynamique.

Il faut prendre du recul dans la relation soignant-soigné, mais pas par rapport à l'autre, mais par rapport à nous soignant et à nos propres sentiments. Donc il ne s'agirait pas de trouver une « *bonne distance* », mais de comprendre et analyser nos réactions.

« *Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime, puis de reconnaître ce qui se passe en soi. On peut dire que la distance à prendre se situe avant tout par rapport à soi-même* ». (Prayez, 2007).

D'après (Rézette, op. cit.) : « *la distance n'est pas synonyme d'insensibilité, de froideur* ».

Alors comment s'impliquer tout en sachant mettre de la distance ? Existe-t-il une méthode pour se rapprocher de cette implication associée à de la distance ?

« L'expérience montre que la notion de **bonne distance** est peu adaptée à la réalité clinique. Il semblerait plus juste de conseiller aux soignants d'identifier la part affective qui peut les fragiliser et leur apprendre à **faire avec** : s'en ouvrir à l'équipe afin d'assurer un relais dans la relation » (SFAP, op. cit.).

« Il y a quelques années, lors des sessions de formation des soignants à l'écoute, la question de la prévention de l'épuisement professionnel (**burn out**) était abordée. Il était souvent recommandé aux soignants de se mettre à **bonne distance** dans la relation avec le patient afin d'éviter un surinvestissement affectif, générateur de stress » (ibid.).

« Il est nécessaire de ne pas confondre relation professionnelle et relation privée, ... Pour son propre équilibre personnel comme pour un bon accompagnement du patient/client, le professionnel gagne à trouver une juste distance non défensive » (Prayez, op. cit.).

« En revanche, dans le contexte particulier des relations soignantes, le soin nous impose des gestes intimes dans la nudité du corps souffrant. Dès lors, comment faire pour ne pas être touché en profondeur ?... Inévitable et souhaitable implication, donc, qui risque d'être passionnelle si les affects mis en jeu dans la rencontre ne sont pas reconnus » (ibid.).

L'auteur ne renie pas les émotions ressenties par le thérapeute. Au contraire elles sont très importantes, car ne pas les reconnaître c'est risquer une relation trop fusionnelle avec un phénomène d'identification.

Toutes ces données additionnées au fur et à mesure de mon mémoire m'amène à diriger l'axe de ma recherche différemment, à partir de cette question :

**En quoi l'absence de reconnaissance de nos émotions par nous même
peut-elle nous conduire au burn out ?**

V. DISPOSITIF DE RECHERCHE

La première partie méthodologie consiste en la justification du choix de la méthode de recherche utilisée (la méthode clinique).

Puis pour répondre à mes questions j'ai réalisé un questionnaire, que j'ai fais tester en amont pour m'assurer de sa bonne compréhension et pour avoir une idée du temps nécessaire pour le remplir.

Enfin, j'ai traité les informations recueillies afin d'obtenir des résultats que j'ai ensuite analysés.

5.1 JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA METHODE

On distingue 5 méthodes de recherche (Eymard, 2003):

- la méthode expérimentale,
- la méthode différentielle,
- la méthode historique,
- la méthode de l'ethnos et
- la méthode clinique.

« La méthode clinique semble être la mieux appropriée à ma recherche puisque celle-ci, produit des savoirs sur un phénomène à partir du récit des sujets. Le chercheur en méthode clinique s'intéresse à la parole du sujet social qu'il rencontre et écoute dans son expérience de la santé. Il se propose de construire ou de découvrir des éléments d'élaboration d'un cas clinique à partir d'un travail d'interprétation du récit singulier du sujet se racontant et ayant la possibilité, notamment dans l'entretien clinique, de communiquer sa vision du monde, sa vérité. Ou bien il se propose de repérer en situations les savoirs et les compétences plus ou moins conscients pour le sujet. Il s'agit pour le chercheur de rendre intelligible les réponses aux sollicitations sociales favorisées ou autorisées dans une situation en rapport avec la santé, précise. Ces configurations que le sujet construit se donnent à voir par exemple sous la forme de préjugés, de croyances, d'idéologies, de conceptions, d'imaginaires exprimant la *souffrance psychique* des sujets, mais aussi de savoirs en actes élaborés en situation.

Ces modes d'appréhension de la réalité par le sujet se donnent à lire dans des fictions, des conflits, des tensions, des contradictions inhérentes à la fabrication du lien social qui se fait et se défait dans l'histoire individuelle et collective. Il convient lors des entretiens et questionnaire de ne pas forcer la parole, mais d'accepter une expression autre que celle de la parole et voulue par le sujet, comme les silences, les mimiques. Les personnes interrogées doivent être informées sur le thème de la recherche et les éléments de la recherche (durée de l'entretien, anonymat).

Le travail d'interprétation se construit dans une proposition d'organisation des éléments ou de signes recueillis qui sont rapportés au cadre théorique et donc attendus de la ou les théories. On s'intéresse à l'individualité du sujet. L'analyse des entretiens et la construction du cas clinique doivent permettre de mettre en évidence des éléments essentiels à la compréhension du fonctionnement de l'être humain d'aujourd'hui dans un processus de santé » (ibid.).

5.2 LE QUESTIONNAIRE

5.2.1 Méthode

J'ai choisi d'utiliser un questionnaire pour cette initiation à la recherche, car ce support me paraissait très approprié. En effet, il permet de poser des questions fermées, ce qui a pour intérêt d'obtenir un nombre d'avis plus important tout en étant facilement interprétable, et des questions ouvertes et semi-ouvertes pour laisser à chacun la possibilité de s'exprimer. Cette méthode de recherche est quantitative.

Lorsque l'on réalise un questionnaire, plusieurs étapes successives sont à respecter : définition de la population, ainsi que les variables étudiées.

« La notion de population a un sens précis : c'est l'ensemble de tous les objets que l'on étudie ». (Gatto, Ravestein, 2008). Ici il s'agit d'un groupe de Masseur-Kinésithérapeutes travaillant comme salarié à l'hôpital dans des services de pédiatrie, (l'HME de Limoges, l'IEM de Beaune les Mines, l'IEM de Couzeix, l'EEP de Bertha-Roos à Isle).

J'ai questionné les MK des services de pédiatrie de la région afin de savoir :

- S'ils avaient été touché émotionnellement durant leur prise en charge
- à quel moment de leur carrière ont-ils été touché
- s'il y avait eu un transfert ou pas
- si leur prise en charge a été perturbée par leurs émotions
- si la situation a engendré un stress
- si pour eux ces relations soignant/soigné particulières peuvent conduire à l'épuisement professionnel
- si pour eux il est facile de reconnaître et de gérer leurs émotions
- s'ils seraient intéressés par une formation pour mieux appréhender ce genre de situation.

« Les variables étudiées » portent sur : l'expérience professionnelle, l'expérience émotionnelle le contre transfert, l'influence sur la prise en charge, le burn-out et les mécanismes de défense mis en place par les MK, la reconnaissance et la gestion des émotions.

5.2.2 Protocole de recueil de données

J'ai réalisé un questionnaire comportant deux parties (cf. Annexe 3).

Une partie comportant les données personnelles : cette partie avait comme variable le sexe, âge, le nombre d'enfants ainsi que leurs âges, le nombre d'années d'exercice, le lieu d'exercice.

L'autre partie comprenant les questions sur le thème de la relation soignant/soigné. Cette partie comprenait 13 questions fermées, 1 question semi-ouverte et 1 question ouverte.

J'ai déposé les questionnaires dans les services de pédiatrie précédemment cités. Soit un total de 15 questionnaires.

Je leur ai accordé un délai de deux semaines afin d'obtenir le maximum de questionnaires en retour. le questionnaire était strictement anonyme et sur certaines questions, les MK avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses. Il leur était demandé de lire une première fois le questionnaire en entier avant de le remplir, pour mieux comprendre le déroulement des questions.

VI. RESULTAT

J'ai analysé les questionnaires sous la forme de données « brutes », c'est-à-dire que pour chaque question j'ai relevé le nombre de réponses. Les principaux résultats qui sont ressortis sont les suivants (les résultats indiqués entre parenthèses correspond au nombre de MK).

Population étudiée :

Sur les **15** questionnaires distribués, **80%** (12) ont été renseignés par les MK.

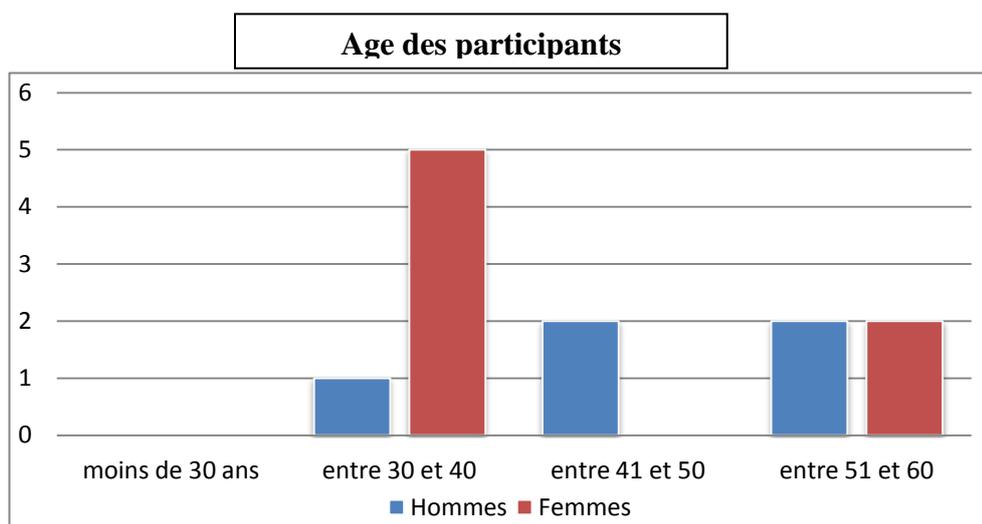
Parmi eux, **58%** (7) sont des femmes et **42%** (5) sont des hommes.

75% (8) des MK interrogés ont des enfants, soit **70%** (5) des femmes et **60%** (3) des hommes.

50% (6) ont entre 30 et 40 ans,

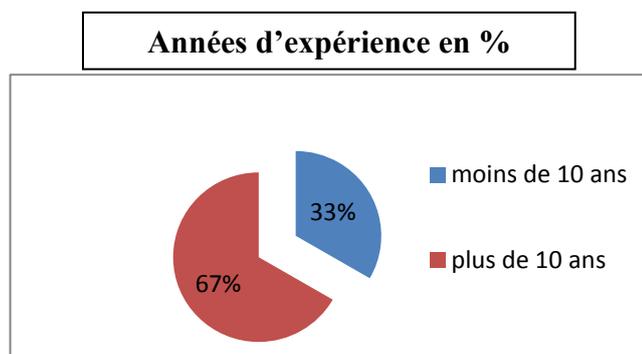
16% (2) ont entre 41 et 50 ans et

34% (4) ont entre 51 et 60 ans.



Expérience professionnelle :

67% (8) travaillent depuis plus de 10 ans et parmi eux **50%** (4) ont plus de 20 ans d'expérience.



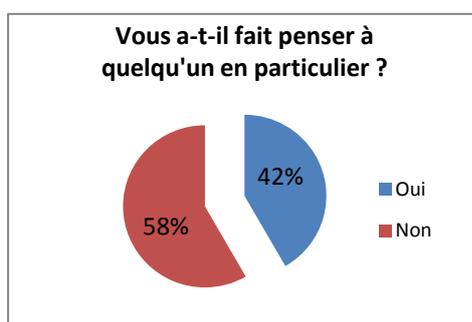
Expérience émotionnelle :

100% (12) des MK interrogés ont été touché émotionnellement dans la relation au patient, parmi eux **50%** (6) l'ont été durant leur formation initiale.

100% (6) de ceux qui ont été touché émotionnellement durant leur formation initiale déclarent l'avoir été à nouveau durant leur carrière professionnelle.

Contre transfert :

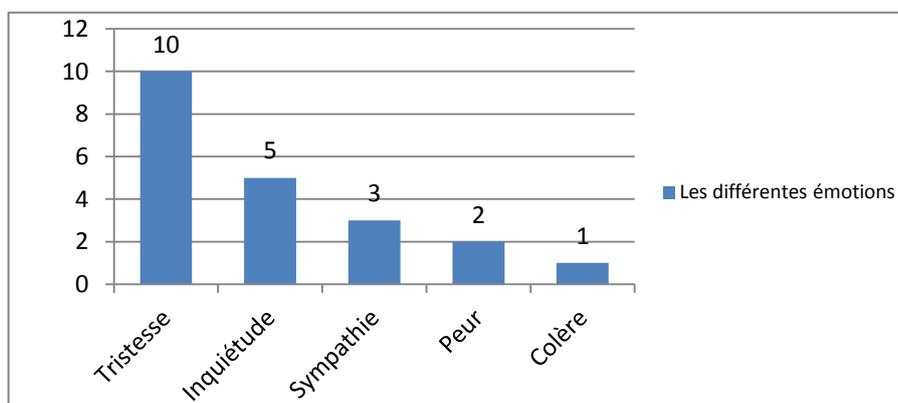
42% (5) ont identifié avoir fait un contre transfert.



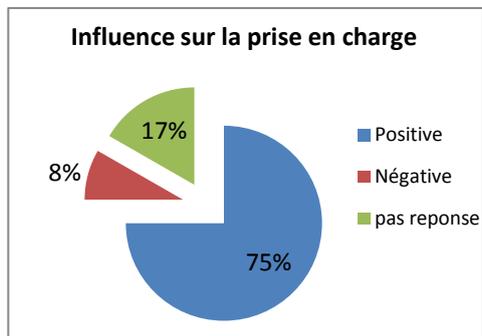
Emotions et influence sur la prise en charge :

Si on classe les émotions ressenties par les MK, on retrouve : (ici le pourcentage est un pourcentage par réponse car le MK avait la possibilité de cocher plusieurs cases).

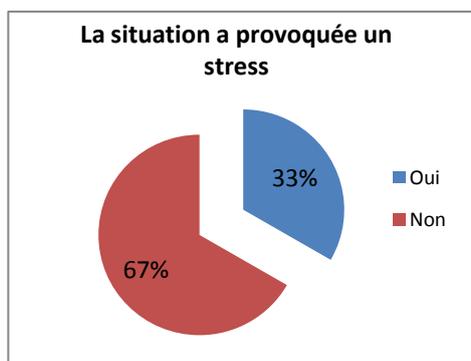
- La tristesse **83%** (10) MK sur 12,
- l'inquiétude **42%**(5) MK sur 12,
- la sympathie **25%**(3) MK sur 12,
- la peur **17%** (2) MK sur 12 et
- la colère **8%** (1) MK sur 12.



75% (9) déclarent que le fait d'avoir été touché émotionnellement a influencé positivement leur prise en charge, **8%** (1) négativement et **17%** (2) n'ont pas répondu.

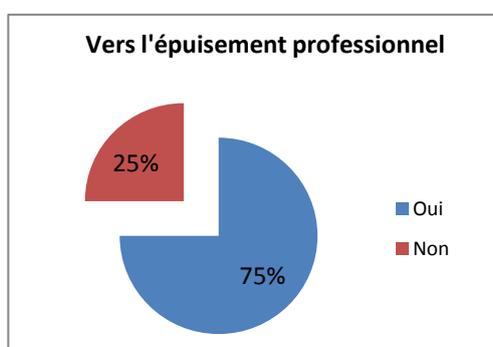


33% (4) déclarent que la situation a provoquée un stress.



Le burn-out :

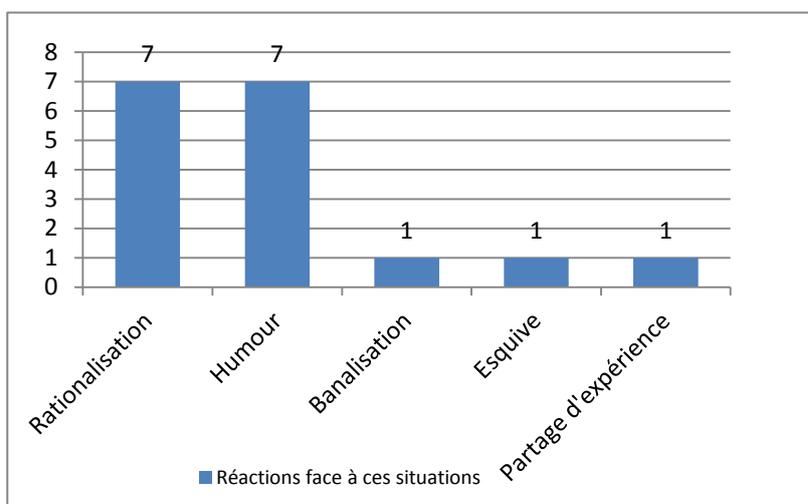
75% (9) déclarent qu'un relation soignant-soigné émotionnellement forte peut conduire à l'épuisement professionnel, **25%** (3) pensent que non.



Les mécanismes de défense mis en place par les MK :

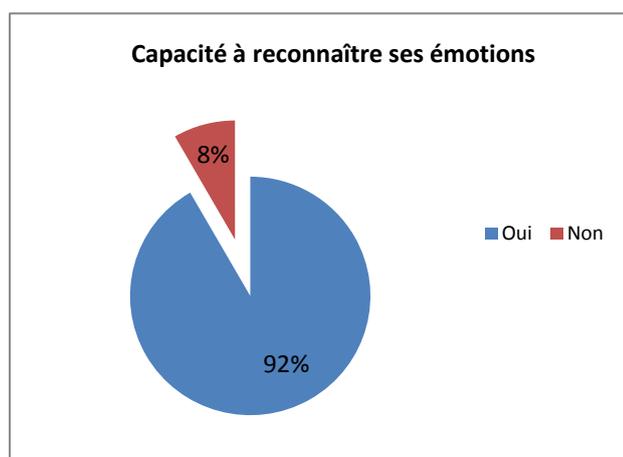
Si on classe les réactions des MK face à ces situations on retrouve : (ici le pourcentage est un pourcentage par réponse car le MK avait la possibilité de cocher plusieurs cases).

- la rationalisation **58%** (7) MK sur 12,
- l'humour **58%** (7) MK sur 12,
- la banalisation **8%** (1) MK sur 12,
- l'esquive **8%** (1) MK sur 12 et
- le partage d'expérience **8%** (1) MK sur 12.



La reconnaissance et la gestion des émotions :

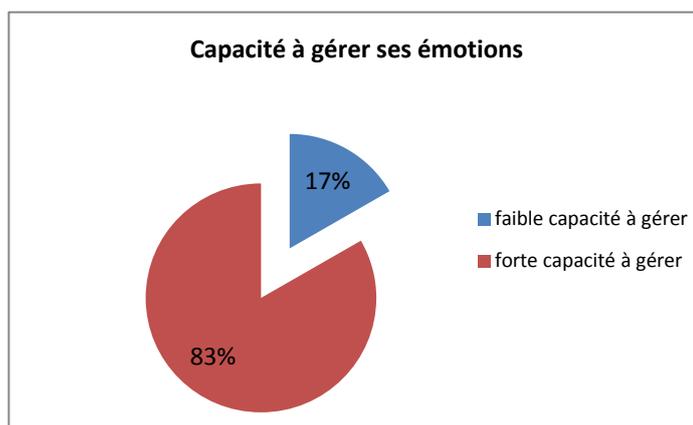
92% (11) estiment avoir la capacité à reconnaître leurs émotions, **8%** (1) non.



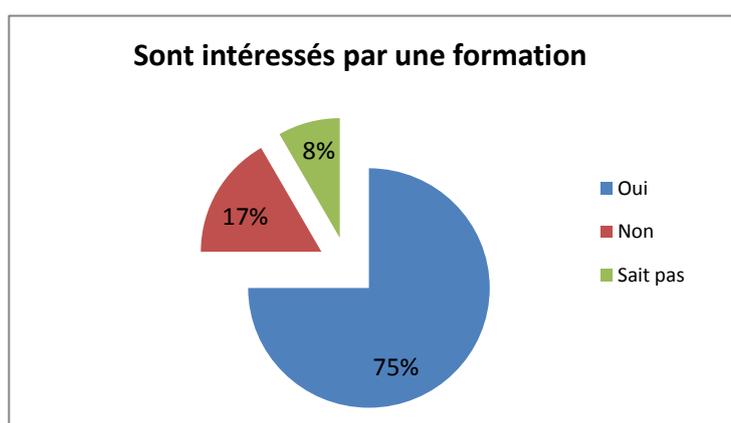
Capacité à gérer leurs émotions sur une échelle de 0 à 10 :

100% (12) estiment avoir la capacité à gérer leurs émotions, parmi eux :

- 17% (2) se situent en dessous de 6/10
- 83% (10) entre 6 et 10/10



75% (9) sont intéressés pour faire une formation pour apprendre à identifier et à gérer leurs émotions, 17% (2) ont répondu non et 8% (1) ne se prononce pas.



VII. DISCUSSION

7.1 LIMITES ET PERSPECTIVES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE

Le fait que le chercheur se serve d'un guide risque de provoquer un biais, consistant à induire certaines réponses chez l'interlocuteur. Pour cette raison, le plus difficile était de ne pas influencer les individus par mes questions.

Pour le chercheur, le problème est de ne pas interpréter les résultats avec sa propre subjectivité, et de ne pas se laisser influencer par le but de sa recherche.

« L'enquêteur, en tant que professionnel, doit travailler ces éléments d'influence pour mieux les contrôler. Il ne peut pas cependant avoir la maîtrise absolue de tous les jeux d'influence, car il est un humain et non une machine. Il peut les limiter en travaillant sur la connaissance de soi. »
(Eymard, 2003).

J'ai eu des difficultés lors de l'analyse des questionnaires. En effet, pour les questions à choix multiples, les MK avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses, ce qui m'a posé problème pour établir des pourcentages. J'ai également eu des difficultés à interpréter certains résultats car une de mes questions sur le contre transfert ne précisait pas le service dans lequel ils étaient à ce moment là. De plus la population étudiée n'étant pas assez importante cela ne m'a pas permis de croiser les variables.

7.2 RETOUR SUR LA SITUATION VECUE EN STAGE

Mes lectures ainsi que l'analyse de mon questionnaire, m'ont permis de prendre du recul par rapport à la situation que j'ai vécue en stage.

Le fait de ressentir de la souffrance, de la tristesse, de l'injustice, de faire un contre transfert, tous ces éléments m'ont posé problème. Si je devais renouveler l'expérience, je ne me laisserai pas autant submerger par mes émotions.

En effet, au début je pensais que plus j'étais présent auprès de Celia et que meilleure serai ma prise en charge et son évolution. Je ressentais de la frustration de ne pas la voir évoluer.

Grâce à mes lectures, j'ai pris conscience que la prise en charge d'un patient est unique, que chaque patient l'est aussi. L'interaction entre le soignant et le soigné peut faire émerger différentes émotions, qu'il convient de reconnaître, d'analyser et de traiter.

Lors de la rééducation avec Celia, j'ai éprouvé un sentiment d'injustice. Car c'est un sentiment que j'ai vécu dans ma vie professionnelle antérieure, dont je n'avait pas forcément fait le deuil.

L'injustice

Le complexe de Caliméro : « Devenir acteur de sa vie »

Pour (Isabelle LEVERT, 1984) le sentiment d'injustice, face aux épreuves de la vie, entrave notre capacité à tirer les leçons de l'expérience et alimente à notre insu la répétition. En effet, tant que les démons de notre enfance ne sont pas affrontés, notre vie est dirigée par nos peurs et sentiments et nous sommes la proie de notre inconscient. Pour devenir libre, il nous faut devenir adulte, ce qui ne va pas toujours de soi.

« C'est trop injuste ! » Ces mots et le sentiment d'injustice nous placent, insidieusement, dans la peau d'une victime qui ne peut que subir. Et ainsi, on attend silencieusement ou bruyamment, passif, que la roue tourne. Si cette aide ou, mieux, cette chance-là ne survient pas, nos appels de détresse deviennent plus virulents. Nos multiples plaintes verbales ou somatiques servent à camoufler notre colère qui monte, notre agressivité qui ne peut pas se dire. Et de victime nous voilà devenu bourreau de notre entourage et de nous-même.

« La métaphore qu'est l'exemple de Caliméro situe d'emblée la problématique dans les sphères de l'intra-psychique et du relationnel. En effet, quand enfant nous avons eu l'impression d'être incompris, adulte nous espérons être enfin compris et même deviné par nos proches. Quand enfant nous avons eu le sentiment de n'être pas aimé, nous devenons avides d'amour et manquons souvent de recul. Le danger est alors d'investir trop massivement la première personne un peu attentionnée qui croise notre route. Sans esprit critique, nous ne percevons plus tout ce qui ne nous convient pas dans la relation jusqu'à ce que la souffrance nous force à la prise de conscience et au changement ».

La prise en charge de Celia faisait naître en moi un sentiment de souffrance, car la situation que vivait cette enfant et sa famille (situation réelle) était trop éloignée de ce que j'imaginai (situation idéale) pour cette famille.

La différence entre l'idéal et le réel, entre ce qui est juste et ce qui ne l'est pas m'a amené à ressentir de la frustration² et de la tristesse³ au cours de la prise en charge, lorsque Celia ne récupérait pas comme je l'aurais espéré.

Les hôpitaux sont des lieux où les soignants (et futurs soignants) d'aujourd'hui, très outillés par leurs connaissances et leur possibilités technologiques, demeurent néanmoins malmenés par la question de la souffrance de l'autre. (KS, n°430, février 2003).

Aujourd'hui je vois les choses différemment. Je me rends compte qu'il est nécessaire d'identifier ses émotions afin de les gérer et d'établir la juste distance avec le patient.

L'élaboration du questionnaire ainsi que son analyse m'ont permis de prendre conscience que la relation soignant/soigné est quelque chose de complexe et que tous les soignants seront confrontés un jour ou l'autre à une situation forte en émotion.

Il apparaît que **100%** des personnes interrogées ont été affecté émotionnellement par un patient durant la relation soignant-soigné. Il est intéressant de constater que cette expérience s'est produite pour **50%** d'entre eux durant leur formation initiale. Ce qui nous indique que notre formation nous sert à nous confronter à la réalité du terrain et que la relation à l'autre n'est jamais quelque chose d'acquis ou de linéaire.

Il s'avère que l'expérience que j'ai vécue sur un de mes stages n'est pas isolée. Le MK, dans sa pratique de soin, se retrouve confronté à une personne humaine et doit faire face à des affects⁴ pouvant influencer sur son ressenti. « *C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation* ». (Manoukian, 2008)

² Tension psychologique qui résulte de l'impossibilité de satisfaire son désir. Larousse, 1998.

³ Etat naturel ou accident de chagrin, de mélancolie ; caractère d'une chose triste. Larousse, 1998.

⁴ Tout état affectif élémentaire situé sur le continuum plaisir déplaisir, joie ou tristesse, intérêt ou indifférence.

La tonalité affective est intérieure et se distingue du sentiment qui est inspiré par un objet extérieur. *Lexique des sciences sociales*, 8^e édition, Dalloz, 2004.

Tous les MK ont éprouvé des émotions : tristesse, inquiétude, sympathie, peur, colère.

Parmi eux **75%** estiment que leur prise en charge a été influencée positivement par les émotions ressenties. La réponse était semi-ouverte, ceux qui voulaient ont apporté des précisions. Cependant les réponses apportées me font penser que certains d'entre eux n'ont pas forcément bien analysé l'importance de la juste distance.

En effet certains MK ont dit :

- essayer de mieux faire
- prise de temps avec le patient plus importante
- faire au mieux, investissement +++

ses MK ne sont ils pas à risque de burn-out ?

En revanche d'autres ont répondu :

- remise en question, me permettant de prendre un peu plus de recul et de ce fait mieux gérer les situations et être plus efficace et rassurante pour les patients
- préciser notre rôle dans l'établissement
- prise de conscience que la limite entre les patients et les soignants pouvait vite être franchie, j'ai donc redressé le relation grâce aux conseils de mes collègues.

Ces réponses montrent qu'ils ont reconnu une situation émotionnellement difficile et qu'ils se sont interrogés sur cette fameuse distance et la nécessité de bien gérer la relation.

Lors de ma recherche, j'ai pu constater que certains auteurs parlent « *d'expérience* ».

L'expérience : « *connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation.* »
(Larousse, 1998)

On peut imaginer que notre manque d'expérience en tant que stagiaire a une incidence sur nos compétences à établir la juste distance avec le patient. L'expérience permettrait d'acquérir une capacité à avoir de l'empathie et de mettre en place les mécanismes de défense.

Dans la relation de soin il est nécessaire d'avoir de l'empathie pour nos patients, mais elle est difficile à reconnaître sans expérience.

Selon (Prayez, 2007) l'empathie est un sentiment difficile à reconnaître lorsqu'il apparaît et que seule « l'expérience » permet de repérer.

Notre formation théorique nous apprend beaucoup de connaissances, ce qui nous permet d'acquérir les compétences nécessaires pour débiter dans notre métier. Cependant il y a des savoirs faire relationnels qui sont importants pour le masseur-kinésithérapeute, autant que pour tous les soignants.

Les stages sont donc essentiels à notre formation, car ils nous confrontent à la réalité. Ces savoirs faire relationnels découverts sur le terrain ne sont actuellement pas enseignés dans les IFMK. Cependant cette dimension psychique qui est en jeu dans toute relation a été prise en compte par l'IFMK de Poitiers. Ils ont envisagé une logique pédagogique telle que les contenus de formation ne soient exclusivement centrés ni sur l'objet de connaissance en soi, qu'il soit conceptuel ou technique, ni sur la seule affectivité du sujet, mais bien sur des situations concrètes qui mettent en œuvre l'individu réel, avec son inconscient, ses projets, ses attaches sociales, son statut, son rapport aux autres, au groupe.... « Un psy dans une école de kiné, KS, n°430, février 2003 ».

Enfin, **75%** (9 personnes) sont intéressés pour suivre une formation afin d'apprendre à identifier et gérer leurs émotions. Cela confirme qu'il y a un besoin des MK de se former à la relation soignant-soigné.

VIII. CONCLUSION

Au départ, je pensais orienter mon mémoire sur le contre transfert dans la relation soignant-soigné. Mais tout au long de ma réflexion, je me suis rendu compte que mon sujet s'est orienté plus sur la reconnaissance et la gestion des émotions ainsi que sur la notion de juste distance entre un patient et le MK.

Il est difficile de savoir si c'est la relation au patient qui influence la prise de distance ou si c'est la prise de distance qui influence la relation. L'un ne va pas sans l'autre. C'est une question à laquelle il est difficile de répondre. Comme je l'ai cité dans mon développement, *« c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation. L'affectivité est l'élément central. Nous pouvons dire qu'elle est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire..... »* (Manoukian, 2008).

Il est donc important de considérer le patient comme un être singulier et non pas un objet de soin. Le contexte spécifique de l'hospitalisation peut l'amener à avoir des doutes, des angoisses et c'est par différentes caractéristiques humaines que le kinésithérapeute va pouvoir rassurer le soigné pour qu'il se sente en confiance car c'est un élément indispensable à l'élaboration d'une relation d'aide.

Quant au soignant, c'est une personne comme les autres avec son propre vécu. C'est d'ailleurs toutes ses émotions et ses expériences qui sont à la fois un avantage et un inconvénient dans son travail au quotidien. Chaque soignant doit apprendre à reconnaître les situations qui lui posent problème, accepter les émotions qui émergent et trouver un moyen qui lui est propre pour les gérer (relaxation, Qi Gong, sports.....)

Pour ma part, j'ai pu identifier les situations qui me posent problème dans la relation soignant-soigné. Lorsque la souffrance des patients que je prends en charge fait résonance avec mes expériences passées ou avec ma vie de famille je suis en difficulté. J'ai rencontré une psychologue qui m'a aidé à comprendre et à analyser la complexité d'une relation de soin. J'ai beaucoup discuté avec les kinésithérapeutes à l'hôpital ainsi qu'avec les formateurs de l'IFMK. Aujourd'hui j'arrive à reconnaître mes émotions et j'ai trouvé un moyen qui m'est propre pour les gérer.

La problématique de la bonne relation soignant-soigné reste donc délicate, il s'agit d'optimiser la relation en restant souple, tout en fixant des limites. Pour se décharger de tout cela, les soignants doivent se concerter en équipe, de préférence en présence d'un psychologue pour permettre de faire le point sur la relation établie avec le patient, de repenser des situations, de mettre en mot les aspects de la relation difficile à supporter et donc de faire le point sur la compréhension de ce qui peut générer des difficultés relationnelles.

A partir de cela, l'équipe peut réfléchir aux possibilités de redistribuer le poids de la relation sur l'ensemble de l'équipe kinésithérapique, afin qu'il n'y ait pas une unique cible de transfert.

Dans la relation au patient il n'est pas recommandé d'adopter une attitude standardisée, c'est pourquoi la question de la juste distance dans la relation soignant-soigné, peut varier en fonction de tous les facteurs qui entrent en jeu dans la relation.

Mais quand est-il en cabinet libéral ? Comment font ceux qui ne bénéficient pas de cet espace de parole nécessaire pour affronter les problèmes en équipe ? Ces questions pourraient faire l'objet d'un nouveau dispositif de recherche.

IX. BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie référencée

- Eymard, C. *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison : Edition Lamarre, 2003. 243p.
- Freud. *Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique* : 1910
- Gatto, F. Ravestein, J. *Le mémoire, penser, écrire, soutenir, réussir*. Montpellier : Editions Sauramps Médical, 2008. 117p.
- LAROUSSE, 1998.
- Le Boterf (G), 1997, compétence et navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisations.
- Le Robert, Dictionnaire, Nouveau petit p.37
- LEVERT, I. *Le complexe de Caliméro, le sentiment d'injustice*. Pernes les Fontaines, 1984.
- Manoukian, A. (2008) *La relation soignant-soigné, soigner et accompagner*. Editions Lamarre, 2008. 3^{ème} édition, 223p.
- Phaneuf, Margot. *Les intelligences multiples. Une théorie applicable en soins infirmiers*. Lamarre, 3ème édition, 2008, 223p.
- Prayez, P. *Distance professionnelle et qualité du soin ; Distance et affectivité, Distance et déshumanisation, Enjeux individuels et collectifs*. Pays-Bas : Editions Lamarre, 2007. 228p.
- Rézette, S. *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Editions Elsevier Masson, 2008. 173p.
- Rogers, C. *Le développement de la personne*. Paris : Editions Bordas, 1968, 286o. (p. 29 à 47)
- Ruszniewski, M. *Face à la maladie grave ; Patients, familles, soignants*. Paris : Editions Dunod, 1999. 205p.
- SFAP, Collège des acteurs en soins infirmiers, Société française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, *L'infirmier(e) et les soins palliatifs, « Prendre soin » : éthique et pratiques*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Editions Elsevier Masson, 2009. 249p. (p. 46 à 51)
- Stein, E. (février 1992) *Qu'est-ce que l'empathie ? Peut-elle être enseignée*. P39 à 43 (Kinésithérapie Scientifique ; N°309)
- Svandra, P. Revue : *A LA RECHERCHE DE LA BONNE DISTANCE /. PERSPECTIVE SOIGNANTE*, 04/2004, n° 19. - pp.35-42 ISBN 1287-1168
- Thibault-Wanquet, P. *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : la place des proches dans la relation de soin*. Issy-les-Moulineaux : Edition Masson, 2008.

KS, n°430. *Un psy dans une école de kiné*, février 2003.

Bibliographie non référencée

Abric, J-C. *Psychologie de la communication ; Théories et méthodes*. Paris : Editions Armand Colin, 2008. 186p. (p. 23 à 58)

Bioy, A. Fouques, D. *Manuel de psychologie du soin*. Rosny : Editions Bréal, 2002. 317p.

Moley-Massol, I. *Relation médecin-malade, Enjeux, pièges et opportunités, situations pratiques*. France : Editions DaTeBe, 2007. 131p.

Rimé, B. *Le partage social des émotions*. 1^{ère} édition « Quadrige » : novembre, 2009.

Roland-Gosselin, E. 2002. Apport des sciences humaines à la relation soignant-patient ; Huit questions pour définir un objectif. *Kinésithérapie, les cahiers*. Novembre-décembre 2002. No. 11-12, p. 55 à 57

Svandra, P. Revue : *MOTIVATION, DESIR ET PRINCIPE DE REALITE / . PERSPECTIVE SOIGNANTE*, 04/2005, n° 22. - pp. 15-23 ISBN 1287-1168

X. ANNEXES

Annexe 1 : Encéphalite anti-récepteur NMDA

Annexe 2 : Consignes pour le questionnaire

Annexe 3 : Questionnaire

Annexe 1

Annexe 2

Bonjour,

Je suis étudiant Masseur-Kinésithérapeute en 3^{ème} année.

Afin de préparer mon travail de fin d'étude en rapport avec **la relation soignant/soigné en pédiatrie**, j'ai élaboré un questionnaire susceptible d'apporter des réponses à ma question de recherche.

Ce questionnaire est strictement anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous pourrez accorder à ce questionnaire.

Consignes :

Pour faciliter l'analyse du questionnaire, merci de bien vouloir le remplir avant le vendredi 03 février 2012.

Je passerai donc les récupérer le 03 février 2012 au plus tard.

Merci de votre compréhension.

Sébastien BONETTI

Questionnaire

Ce questionnaire est anonyme.

Pour chaque question, cochez la ou les réponses souhaitées.

Merci de lire le questionnaire une fois en entier avant de le remplir.

Êtes- vous ? Un homme Une femme

Quel âge avez-vous ? **ans**

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser leur âge

Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Entre 16 et 20 ans
- Plus de 20 ans

Dans quel service travaillez-vous ?

- HME IEM de Beaune les Mines IEM de Couzeix EEP de Isle

« dans le cadre de la relation soignant/soigné » :

1. Avez-vous déjà été affecté émotionnellement par un patient en particulier ?

- Oui Non

2. Si oui, pouvez vous préciser à quelle période cela vous est arrivé ?

- Lors de ma formation en tant que stagiaire kinésithérapeute
- Durant mes 5 premières années d'expérience
- Entre ma 6ème et ma 10ème années d'expérience
- Entre ma 11ème et ma 15ème années d'expérience
- Entre ma 16ème et ma 20ème années d'expérience
- Après ma 20ème années d'expérience

3. Si oui à la question 1, ce patient était un enfant ?

- De moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Plus de 15 ans

4. Vous a-t-il fait penser à quelqu'un en particulier ?

- Oui
- Non

5. Si oui, ce patient vous a rappelé ?

- Quelqu'un de votre famille
- Quelqu'un de votre entourage
- Une situation ou un événement particulier
- Autres (précisez) :

6. Pouvez-vous préciser ce que vous avez ressenti ?

- Apaisement Tristesse Joie Lassitude Désespoir Peur
- Sympathie Colère Gaieté Inquiétude Dégoût Epuisement
- Autres (précisez) :

7. Cela a-t-il influencé votre prise en charge ?

- Positivement Négativement

En quoi ?

.....
.....

8. La situation relationnelle a-t-elle provoqué un stress particulier ?

- Oui Non

9. Pour vous, une relation soignant/soigné forte en émotions peut-elle conduire le masseur-kinésithérapeute à l'épuisement professionnel ?

- Oui Non

10. Selon vous, lors d'une relation soignant/soigné émotionnellement forte, comment réagissez-vous ?

- Le mensonge L'esquive La fuite en avant La dérision L'agressivité
- La banalisation L'évitement La rationalisation L'humour

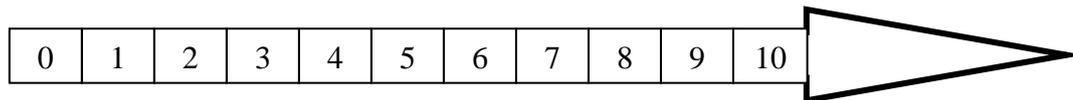
11. Avez-vous la capacité à reconnaître vos émotions dans une relation soignant/soigné ?

- Oui Non

12. Arrivez-vous à gérer vos émotions dans une relation soignant/soigné ?

- Oui Non

13. Si oui, veuillez indiquer sur une échelle de 0 à 10 votre capacité à gérer vos émotions



14. Si vous n'arrivez pas à gérer vos émotions, quelles solutions adoptez-vous ?

.....
.....

15. Si une formation destinée au kinésithérapeute existait pour apprendre à identifier et gérer ses émotions seriez-vous intéressé ?

- Oui Non

Merci d'avoir pris un peu de votre temps pour aider ma recherche.

RESUME

Ce travail d'initiation à la recherche fait suite à un ressenti vécu en stage, qui montre que 100% des kinésithérapeutes interrogés ont été touchés émotionnellement durant une prise en charge et que 75% d'entre eux sont intéressés par une formation pour apprendre à reconnaître et à gérer leurs émotions.

Dans le contexte hospitalier actuel, où l'on cherche à soigner toujours mieux, le kinésithérapeute, comme les autres soignants, demeure malmenés par la souffrance de l'autre. La relation qui s'installe entre un soignant et un soigné est unique, de part les caractéristiques personnelles de chacun. Le kinésithérapeute peut alors être affecté émotionnellement par la situation du patient. Son âge, ses loisirs...peuvent l'amener vers une identification projective difficile à gérer. L'affect et l'implication que l'on investi dans la relation peuvent nous déstabiliser. Il est alors difficile de reconnaître puis de gérer les émotions qui nous envahissent et donc de trouver la juste distance soignant-soigné. L'expérience professionnelle donne du recul pour apprendre à reconnaître ces situations qui manque à l'étudiant ou aux jeunes diplômés, les rendants vulnérables.

Mots clés : Affects, sentiments, mécanismes de défense, épuisement émotionnel, relation.

SUMMARY

This work of initiation in research follows upon one felt lived in training course which shows that 100 % of the questioned physiotherapists were emotionally touched during a care and that 75 % of them are interested in a formation to learn to recognize and to manage their feelings.

In the current hospital context, where we try to look always better, the physiotherapist, as the others nursing, remain manhandled by the suffering of the other one. The relation which settles down between a nursing and a well-kept is unique, because of the personal characteristics of each. The physiotherapist can be then allocated emotionally by the situation of the patient. His age, his job, can bring him towards a projective identification, difficult to manage. The affect and the implication who we are going to put in the relation can destabilize us. It is then difficult to recognize and to manage the feelings which invade us and to find the just looking distance - been looked after to remain competent. The experience can give us of the recession to learn how to recognize these situations. However when a student or a young graduate, this experience will lack and make vulnerable.

Keywords : Affects, feelings, defense mecanisms, emotional exhaustion, relation.