

Institut de formation en soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, rue Henri Le Guilloux 32033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La gestion des émotions soignantes



MEUNIER Léa  
Formation infirmière  
Promotion 2017-2020



Préfet de la région BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat de Soins infirmiers**

### **Travaux de fin d'études : La gestion des émotions**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de soins infirmiers, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

***Le 24 Mars 2020***

***Signature de l'étudiant :***

*Meunier*

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

# SOMMAIRE

Introduction.....	1
Cadre conceptuel.....	4
<b>1. Les émotions.....</b>	<b>5</b>
1.1 Définitions.....	5
1.2 Les six émotions.....	6
1.3 Gestion des émotions.....	7
<b>2. Les stratégies de faire face.....</b>	<b>8</b>
2.1 Mécanismes de défense.....	8
2.2 Coping.....	9
<b>3. La relation soignant-soigné.....</b>	<b>10</b>
3.1 Le Prendre soin.....	10
3.2 La juste distance thérapeutique dans la relation soignant-soigné.....	11
Le dispositif méthodologique.....	13
Analyses.....	15
<b>1. Analyse descriptive.....</b>	<b>16</b>
1.1 Les émotions.....	16
1.2 Les stratégies de faire face.....	16
1.3 Le prendre soin.....	17
1.4 La relation soignant-soigné.....	18
<b>2. Analyse interprétative – Discussion.....</b>	<b>19</b>
2.1 Les émotions.....	19
2.2 Les stratégies de faire face.....	20
2.3 Le prendre soin.....	21
2.4 La juste distance thérapeutique dans la relation soignant-soigné.....	22
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	
Les annexes.....	
<b>I. Situation d’appel.....</b>	
<b>II. Guide d’entretien.....</b>	
<b>III. Entretien n°1.....</b>	
<b>IV. Entretien n°2.....</b>	
<b>V. Tableau d’analyse.....</b>	
Abstract.....	

## **Introduction**

Etant étudiante infirmière en troisième année, il m'est demandé, dans le cadre de ma formation, de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche portant sur un sujet qui m'intéresse. J'ai décidé de travailler sur les soignants et leur gestion des émotions lorsqu'ils font face à une situation de soins qui leur font écho personnellement. Chaque personne ressent des émotions et vit des choses plus ou moins difficiles. Il arrive très souvent que notre vie personnelle soit présente dans notre vie professionnelle puisqu'on ne peut pas « laisser nos problèmes aux vestiaires ». C'est pour cela qu'il est important pour moi de traiter ce sujet pour pouvoir améliorer la prise en charge lorsque nous sommes confrontés à une situation étroitement similaire à notre vie personnelle.

Afin de traiter ce sujet je me suis basée sur une situation que j'ai rencontrée en stage. C'était lors de mon dernier stage du semestre 4, j'étais au CHU de Rennes en service de soins intensifs. Cela faisait déjà deux semaines que j'étais dans ce service, je prenais en charge deux patients et le stage me plaisait.

A mon arrivée le lundi de ma troisième semaine, lors des transmissions, il nous est dit qu'une nouvelle patiente vient d'intégrer le service, c'est une femme de 55 ans qui est ici pour insuffisance cardiaque en conséquence de ses lourds traitements de chimiothérapie, puisque cette femme est en stade terminal d'un cancer du sein qui a métastasé.

Cette situation aurait pu être "lambda" mais la coïncidence a fait que ma tante paternelle était atteinte depuis plusieurs années de ce même cancer, et il nous avait été annoncé la veille qu'elle allait recevoir une sédation profonde et continue le mardi de cette même semaine. Le fait de pouvoir me retrouver face à cette patiente me terrifiait, j'avais peur de ma réaction. Ayant déjà à charge des patients attitrés, je n'ai pas pris en soins cette femme. Mais, il m'arrivait d'aller aider l'infirmière de mon secteur durant la journée, comme ce jour où je dû l'aider pour repositionner cette patiente. Avant d'entrer dans sa chambre, je me suis ressaisie en me disant que je devais faire la part des choses et que cette patiente avait, à l'heure actuelle, besoin de moi, étudiante en soins infirmiers. Lors de mon entrée dans la chambre je n'ai pu m'empêcher de voir ma tante... il était alors très compliqué pour moi de gérer mes émotions. Cette semaine a été très dure pour moi et m'a amenée à me poser beaucoup de questions sur mon exercice professionnel futur.

Suite à cette situation je me suis posée de nombreuses questions tels que :

- "Comment faire la part des choses entre le professionnel et le personnel ?"
- "La patiente a-t-elle ressenti mon mal-être ?"
- "Cette projection va-t-elle durer ? Est-elle normale ?"
- "La famille de la patiente ressent-elle ma tristesse ?"
- "Comment je pourrais gérer mes émotions pour qu'elles me soient bénéfiques ?"
- "Est-ce que mes émotions peuvent nuire à mon travail ?"

Toutes ces questions m'ont permis d'arriver à ma question de départ, qui est :

**En quoi la situation d'une personne soignée, faisant écho à une histoire personnelle de l'infirmière, interfère sur le prendre soin de cette personne ?**

A travers cette question je cherche à comprendre comment gérer ses émotions tout en étant à l'écoute de celles du patient, et comment rendre ces émotions bénéfiques à notre pratique professionnelle. Je cherche aussi à savoir comment les soignants font-ils pour faire la part des choses entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle.

Le plan de ce travail sera le suivant, il y aura dans un premier temps le cadre conceptuel puis suivra le dispositif méthodologique qui lui, précèdera l'analyse et la discussion pour terminer sur une conclusion.

Pour commencer, dans le cadre conceptuel, je définirais ce qu'est une émotion, puis je nommerais et présenterais les six émotions qui prévaut. A la suite de cela nous parlerons de la gestion de ces émotions.

Dans un second temps nous verrons deux sortes de réactions internes face à ces émotions ; les mécanismes de défense que je définirais en vous donnant quelques exemples ensuite, puis je vous présenterais ce qu'est le "coping".

En dernier temps nous aborderons la relation soignant-soigné, en introduisant avec le concept du "prendre soin" et ensuite nous poursuivrons avec la notion de "juste distance thérapeutique" dans la relation soignant-soigné.

## **Cadre conceptuel**

Pour commencer je vais vous parler des “émotions”, qui sont un élément primordial dans ce sujet. Dans un premier temps en les définissant tout en m'appuyant sur les dires de théoriciens, philosophes et penseurs. Puis nous verrons ensuite quelles sont ces émotions et pour terminer la gestion de celles-ci.

## 1. Les émotions

### 1.1 Définitions

Du latin “emovere, emotum” (enlever, secouer), et de “movere” (se mouvoir) le terme “émotion” signifie d’après F. Lelord et C. André “une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions)”.

Pour Daniel Goleman les émotions sont “les sentiments et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers” et pour un grand nombre de théoriciens elles se définissent par des “réactions organisées et utiles à une situation donnée” (Lainé, C et Roy, E, 2004, p 16).

Les émotions sont présentes pour chacun d’entre nous, tout au long de notre existence, elles sont nécessaires à notre vie. Il existe 2 types d’émotions ; les positives et les négatives, c’est pour cette raison qu’elles peuvent être pour nous plus ou moins agréables et nous intimider.

Les émotions nous affectent sur une période plus ou moins longue avec une variation de l’intensité à la suite d’un déclencheur interne ; nos pensées, nos souvenirs ou externe ; une situation vécue.

Il existe un grand panel d’émotions, elles divergent selon les philosophes, théoriciens, penseurs. Mais lorsque l’on recoupe ces listes, six reviennent, ce sont les émotions “fondamentales” que nous verrons ci-dessous.



## 1.2 Les six émotions

Dans ce large panel d'émotions, six sont dites "fondamentales" ce sont ; la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et la joie.

La peur est "un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace ; cette émotion est éprouvée dans certaines situations" (Peur, *Larousse*). Elle se manifeste physiquement par une augmentation du rythme cardiaque, une gorge qui se noue, et c'est lorsque ce sentiment est derrière nous qu'il y a prise de conscience de ce qui vient de se passer avec un lâcher prise qui peut se manifester par des tremblements.

La colère est "un état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales" (Colère, *Larousse*). La colère est dirigée contre quelque chose ou quelqu'un et peut être la suite logique de la peur. C'est un sentiment qui surgit lors d'un mécontentement ou bien encore d'un conflit. Le fait de se mettre en colère "*consomme de l'énergie*" (Roy, E, 2004, p 26) et provoque une fatigue chez l'individu.

La tristesse est "un état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction" (Tristesse, *Larousse*). C'est une émotion que nous fuyons, puisque pour nous elle est délétère, or la tristesse permet une libération de notre souffrance, l'éviter nous empêche d'avancer. "La tristesse est une réaction normale et saine devant toute infortune" (Bowlby, J, 1984, p 318)

Le dégoût est "un sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose ; fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un" (Dégoût, *Larousse*). "Le dégoût est une réaction très négative face à une substance, une situation, un être ou une classe d'êtres, se traduisant par un malaise pouvant aller jusqu'à la nausée et s'imposant comme un affect dont l'expression est indissociablement somatique et psychique, mais peut prendre une signification morale" (Anatomie du dégoût, 20111, p 6)

La surprise est "un état de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu" (Surprise, *Larousse*). La surprise c'est quelque chose qui survient sans être prévu et qui peut provoquer un état de "choc" pour l'individu. Elle peut être agréable ou désagréable. Il y a des personnes qui aiment être surprises et à l'inverse d'autre qui n'apprécient pas cela.

La joie est "un sentiment de plaisir, de bonheur intense, caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être" (Joie, *Larousse*). C'est un sentiment qui se différencie du bonheur puisque la joie est éphémère et non durable. C'est une émotion que les individus aiment ressentir, elle est agréable et "engendre du plaisir" (*Du bon usage des émotions au travail*, 2004, p 24).

### 1.3 Gestion des émotions

D'après Chantal Gensse (par Catherine Lainé, 2004, p 18) le processus émotionnel se divise en trois étapes successives. Pour commencer qu'importe la source du déclencheur celui-ci va provoquer une émotion primaire chez l'individu, c'est l'émergence de l'émotion qui est le "Niveau organique". Ensuite il y a deux possibilités qui s'offrent à l'individu ; la première "l'émotion est ressentie, nommée puis acceptée" (Roy, E, 2004, p 19) ; la seconde, il y a refoulement de celle-ci, non-identification et non-acceptation, c'est le "Niveau cognitif". A la suite de cela il y a délivrance de la charge organique et assimilation de la charge cognitive, ce qui permet un enrichissement de l'expérience et une progression des références internes. Il s'agit d'un "outil de changement au niveau personnel" (Chantal Gensse, cité par Catherine Lainé, 2004, p19).

La gestion des émotions est propre à chacun, il n'y a pas de mode d'emploi mais il existe des « approches inefficaces » (Fisher, R, 2005, p 25). La première est le fait de s'interdire les émotions, c'est impossible il n'existe pas de "mode off/on". Les émotions nous accompagnent au quotidien, qu'il s'agisse, d'un soupçon de joie, d'une pointe de colère, ou d'un fragment de tristesse, à chaque instant une émotion nous anime. Même avec la meilleure des volontés, il est impossible de s'interdire une émotion à la rigueur on peut "essayer" de l'occulter un minimum mais la réalité nous rattrape puisqu'une émotion se ressent et s'exprime par le biais de notre corps. "L'émotion affecte le comportement" (Fisher, R, 2005, p 27). Le plus souvent à la suite d'une émotion il y a une réaction, une action en parallèle de l'émotion ressentie. Pour terminer, la seconde approche inefficace est le fait "de traiter directement l'émotion". Il est très compliqué voire impossible pour toute personne lambda de définir en direct l'émotion ressentie par autrui et d'adapter correctement son comportement. En effet certains professionnels sont formés pour cela tels les psychiatres, psychologues mais nous n'avons pas la prétention de pouvoir le faire.

La solution qui paraît la plus adaptée c'est de traiter les raisons de ces émotions au lieu de se centrer sur l'émotion en elle-même. En effet "la maîtrise des préoccupations centrales constitue donc un excellent moyen d'exploiter nos émotions sans les laisser prendre le dessus" (Fisher, R, 2005, p 31). Les préoccupations centrales sont celles-ci ; l'appréciation, l'affiliation, l'autonomie, le statut et le rôle.

Maintenant que nous avons vu les émotions et leur gestion, nous allons nous pencher sur les stratégies de faire face tel que les mécanismes de défense et le coping.

## 2. Les stratégies de faire face

Nous avons choisi le terme “stratégies de faire face” suite à la lecture d’un article intitulé ainsi de Sandra NICCHI et Christine LE SCANFF dans la revue “Bulletin de psychologue”. Il nous paraît en parfait accord avec notre plan.

Face à un conflit interne ou externe deux processus s’offrent à nous afin de gérer cette situation. Tous deux sont complémentaires. Il s’agit, “des mécanismes de défense” et du “coping”. Je vais dans un premier temps les définir puis vous expliquer leurs fonctionnements.

### 2.1 Mécanismes de défense

Les mécanismes de défense ont été créés afin de défendre, de protéger le psychique humain (Alain BRACONNIER, dans le Journal des psychologues, 2013, p 54). Ils sont des “processus mentaux automatiques, qui s’activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l’action demeure inconsciente” (Henri Chabrol, 2005, p31-32).

D’après Sillamy (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 21) “la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l’individu pour diminuer l’angoisse née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales”. En ce qui concerne Braconnier (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 21) le mécanisme de défense se définit comme “une notion qui englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes”. Ils sont des “opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes” (Henri Chabrol, 2005, p31-32).

Les mécanismes de défense sont présents au quotidien, et sont multiples, comme le dit Vaillant (selon Hecktor, L, dans Santé Mentale, 2003, p 20) “Il y a autant de défenses que notre imagination, notre témérité ou notre aisance verbale nous permettent d’en inventorier”. Le nombre de mécanismes de défense varie selon les auteurs entre 8 et 45, mais certains sont toujours présents ; le blocage, le déni, l’évitement, l’identification, la projection, le refoulement etc...

Le blocage, est une “inhibition, habituellement temporaire, des affects pouvant aussi concerner la pensée et les pulsions, c’est un processus défensif proche, en tant qu’effet du refoulement” (Louis Hecktor, 2003, p 23).

Le déni, c’est “l’action de refuser la réalité d’une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi” (Louis Hecktor, 2003, p 23).

L'évitement, c'est "le détournement actif des pensées, objets ou situations qui sont chargés en conflits" (Louis Hecktor, 2003, p 24).

L'identification, c'est "une attribution de l'autre, qui conduit le sujet, par une similitude réelle ou imaginaire, à une transformation totale ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie" (Louis Hecktor, 2003, p 24).

La projection, c'est "une opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur ses pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes ou choses de son environnement" (Louis Hecktor, 2003, p 25).

Le refoulement, c'est "le rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience" (Louis Hecktor, 2003, p 25).

## 2.2 Coping

Le mot « coping » vient du verbe anglais « to cope with » qui signifie « faire face à ». Tout au long de notre existence nous faisons face à des événements qui peuvent nous perturber émotionnellement. La question est de savoir comment nous réagissons face à celles-ci. C'est pourquoi de nombreuses recherches se sont développées autour du concept de « coping » qui fut élaborés en 1978 par Lazarus et Launier.

Le coping, se traduisant par "stratégie d'adaptation" ou "processus de maîtrise", est une opération mentale volontaire par laquelle le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe (Henri Chabrol, 2005, p31-32). Ce qui permet de mettre en évidence la capacité d'adaptation des individus qui ne restent pas spectateurs face aux situations difficiles, ils agissent en tant qu'acteurs.

Il existe différents types de coping, il y a le coping centré sur les émotions, qui a pour but de réguler la détresse émotionnelle.

Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer la personne qui à généré cette détresse.

Le coping évitant, qui permet de diminuer la charge émotionnelle par l'évitement, la fuite, le déni ou bien encore la résignation.

Et pour finir il y a le coping vigilant qui permet de faire face à des situations afin de les résoudre grâce à des stratégies d'informations, de soutien social et de moyens.

Deux catégories prédominent. Dans un premier lieu, il y a, comme vu précédemment, les stratégies centrées sur le problème, celles-ci permettent de réduire le problème et donc la cause du stress, grâce à des actions préventives, pour anticiper et des actions agressives, pour attaquer. Puis il y a les stratégies centrées sur l'émotion (Lazarus, Launier, 1978) qui

permettent une régulation de la réponse émotionnelle suite à un stress. Celles-ci permettent un mieux-être de l'individu grâce à des techniques qui changent la signification du problème et amoindrissent le danger (Nicchi, S et Le Scanff, C, 2005, p97).

Lazarus et Folkman en 1984 définissent le « coping » comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (selon André Mariage, 2001, p46-47)

Maintenant que nous avons défini les deux stratégies de « faire face » tel que les « mécanismes de défenses » et « le coping », nous allons nous intéresser à la relation soignant-soigné, en commençant par définir ce qu'est le prendre soin puis en s'intéressant à « la juste distance thérapeutique ».

### 3. La relation soignant-soigné

Le "prendre soin" c'est la préface de toute relation soignant-soigné, il est primordial pour toute prise en soins. Il permet de créer un lien de confiance avec le patient. Ce lien créé il est important de maintenir une juste distance thérapeutique qui sera autant bénéfique pour le patient que pour le soignant.

#### 3.1 Le Prendre soin

« Le concept de prendre soin ajoute au verbe soigner une dimension de vigilance particulière et d'attention à l'autre où les soignants ont toute leur place » (Alexandra Paris, 2010, p14).

D'après Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, le "prendre soin" se définit comme le fait de "porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé" (Hesbeen, W, 1999, p 8).

Le "prendre soin" n'est pas un terme réservé exclusivement à la profession infirmière, bien au contraire. Walter Hesbeen le qualifie d'ailleurs de "valeur", c'est pour cela qu'il peut concerner un grand nombre d'individus et de professions. Le fait qu'il soit défini comme une valeur fait de cette expression un but à atteindre pour toute personne qui souhaiterait le faire exister (Hesbeen, W, 1997, p ).

Le prendre soin n'est pas une théorie, une science mais bien une philosophie. Bien que cette valeur soit présente dans de nombreuses professions, elle est le pilier de la

profession soignante. Elle permet la réalisation de soins de qualité et est perpétuellement recherché par le soignant dans toute relation avec le patient.

Il peut nous arriver d'être centré sur « l'agir » à un instant T, à cause d'une fatigue intense, d'une fin de semaine compliquée, mais la base de cette vocation que d'être soignant c'est le parfait mélange d'un savoir-faire et d'un savoir-être. Toute la différence est là, un soignant ne se contente pas de « donner un soin », il « prend en soin » (Alexandra Paris, 2010, p14).

Il est primordial de faire la distinction entre l'expression « prendre soin » et « prendre en charge », en effet d'après Walter Hesbeen, le rôle premier des métiers du soin se synthétise parfaitement par ce terme de « prendre soin » (selon Alexandra Paris, 2010, p15)

### 3.2 La juste distance thérapeutique dans la relation soignant-soigné

La relation permet au soignant de répondre aux besoins du patient. Elle prend en compte ; la position de l'autre et la position personnelle du soignant, tout en veillant à maintenir une distance suffisante, appropriée, afin de ne pas provoquer de trouble chez le patient. Cette distance est nécessaire afin de ne pas déclencher de processus transférentiels. Mais qui dit distance, ne dit pas forcément "éloignement", ou "rupture" (Roland NARFIN, "L'aide-soignant", 2012, p 9).

La distance thérapeutique évoque la place de chacun dans la relation soignant-soigné (Roland NARFIN, "L'aide-soignant", 2012, p 10). La notion de "distance" est définie par le psychologue Pascal PRAYEZ comme étant "La séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable".

Cependant la distance n'est pas que physique. Cette définition n'est qu'une partie de la distance puisqu'en effet il existe en plus de la distance physique une distance psychique, émotionnelle.

La relation soignant-soigné est comme toute relation ; fragile, difficile, mais très riche. Elle rassemble deux individus dans leur humanité, leur personnalité et leur vulnérabilité.

Trouver la juste distance nécessite de trouver le juste milieu entre le trop près et le trop loin, mais c'est n'est pas des plus facile. Pour un bien-être tant pour le patient que pour le soignant, le juste équilibre est nécessaire. Malgré une confrontation constante aux affects des patients, il peut être compliqué de se positionner émotionnellement parlant face aux patients. En effet les soignants sont quotidiennement témoins des humeurs des patients.

Il existe deux "extrêmes", la première est celle d'agir de façon "standard", s'occuper d'un patient tel un dossier, ou un numéro, la seconde est de privilégier la relation au patient en prenant le risque d'être dans une "proxémie excessive".

Ce n'est pas chose simple mais il est indispensable d'atteindre un équilibre entre-deux (Roland NARFIN, "L'aide-soignant", 2012, p 10).

Trouver cette juste distance est un défi de tous les jours, et d'après Roland Narfin, il existe certains comportements à adopter afin de maintenir la distance thérapeutique. Pour commencer, il est important d'éviter toutes formes de familiarité avec le patient, le soignant se doit de trouver ses propres limites à ne pas dépasser face au patient. Ensuite, le vouvoiement, qui marque le respect à l'égard du patient, il permet de garder une certaine distance. Toujours d'après Roland Narfin, la blouse ne joue en aucun cas un rôle dans cette « distance », contrairement à l'attitude du soignant (2012, p 10).

## **Le dispositif méthodologique**



Ayant fini l'écriture de mon cadre conceptuel je vais exposer ici le dispositif méthodologique en confrontant mes recherches avec les données apportées par les professionnelles.

Afin de poursuivre mon recueil d'informations et de compléter les réponses à mes questions, j'ai réalisé un guide d'entretien dans le but de m'aider lors de mon recueil de témoignages.

Dans un premier temps j'ai posé mes objectifs. Au cours de ces entretiens il était important pour moi que les professionnelles me donnent leur définition d'une « émotion » et la place qu'elles accordaient à celles-ci dans le prendre soin. Le prendre soin étant une notion phare de mon sujet je voulais grâce à ce guide obtenir les caractéristiques du « prendre soin ». Après avoir définis ces termes, j'ai évoqué les moyens de protections mis en œuvre pour faire face aux émotions, mon objectif étant de faire ressortir la notion de « mécanismes de défense ».

Pour réaliser ces interviews, j'ai fait le choix de deux professionnelles de santé qui sont venues nous faire cours durant le début de ma troisième année. Il s'agissait d'une infirmière clinicienne du centre Eugène Marquis et d'une infirmière libérale. Mon choix c'est porté sur ces deux infirmières puisque lors de leurs interventions à l'institut de formation elles ont pu témoigner chacune d'entre elle d'une situation personnelle étroitement liée à ma situation d'appel.

Une fois mon choix porté sur ces professionnelles j'ai demandé leurs coordonnées à ma référente MIRSI puis je leurs ai adressé un mail afin de leur exposer mon sujet de mémoire et leur demander si elles accepteraient de répondre à quelques questions concernant mon travail de fin d'étude. Après deux réponses favorables nous avons convenu d'un rendez-vous avec l'infirmière libérale dans son cabinet, et d'un rendez-vous entre deux réunions au centre Eugène Marquis avec l'infirmière clinicienne. Afin de retranscrire ces entretiens j'ai demandé l'autorisation aux professionnelles de les enregistrer à l'aide de mon téléphone.

Après réalisation de ces interviews, je dirais que tout s'est bien passé, les entretiens ont pu se faire dans les temps malgré la difficulté de trouver un moment pour rencontrer l'infirmière clinicienne du fait de son emploi du temps chargé. Les professionnelles étaient ouvertes et à l'écoute de mes questions, leurs voix étaient parfaitement audibles pour l'enregistrement.

## **Analyses**

## 1. Analyse descriptive

Durant mes entretiens, les deux infirmières interviewées ont pu répondre à mes questions afin de donner une réponse à chaque objectif que je m'étais fixé.

### 1.1 Les émotions

A propos des émotions, les deux infirmières se rejoignent sur le fait, que les émotions sont un ensemble de perceptions, de ressentis. Elles sont d'accord sur la diversité de celles-ci, d'après elles, les émotions peuvent être aussi bien agréables, que désagréables.

L'IDE 1 spécifie que c'est un ressenti qui peut être face à un évènement ou devant une personne. Elle nomme comme émotion, la joie mais aussi la tristesse comme l'IDE 2 qui elle rajoute à ces émotions, la colère, la justice et le rire.

L'IDE 2 a aussi spécifié que nous sommes continuellement confrontés à des émotions dans notre métier.

Quant à la place de celles-ci dans le prendre soin, l'IDE 2 parle de "communication transparente" et l'IDE 1 la rejoint sur cette pensée, pour elle c'est un partage constant avec les patients "on partage avec eux, et ils partagent avec nous", d'après l'IDE 1 c'est une normalité de la plus haute importance.

L'IDE 2 rajoute un élément qui est le suivant, pour elle la place des émotions dans le prendre soin dépend essentiellement du patient, de la place que celui-ci nous laisse mais c'est avant tout de la bienveillance.

### 1.2 Les stratégies de faire face

Mon objectif suivant était de découvrir la méthode qu'elles utilisaient afin de faire face à leurs émotions, leurs moyens de protection.

Toutes deux s'accordent à dire qu'il est primordial de rester celle que nous sommes, "d'assumer qui je suis" (IDE 2), l'IDE 1 m'a dit "pleurer avec les gens n'est pas un tort, ils savent que tu es vrai" mais d'après elle il faut s'avoir être vigilant et s'adapter au patient, "tu ne peux pas t'effondrer si lui n'est pas au même stade que toi". Elle m'a donné l'exemple d'une situation très difficile qu'elle a vécu il y a plusieurs années, elle s'est retrouvée pour la première fois au domicile d'une patiente qui présentait une tumeur cérébrale, comme celle qui avait tué sa meilleure amie deux ans auparavant, pour cette prise en soin elle a pris une grande

inspiration et a effectué son soin comme elle le devait, mais une fois arrivée dans sa voiture, elle s'est effondrée. Elle a pris l'initiative ensuite de demander à ses collègues de continuer la prise en charge car elle m'a dit "ne pas se sentir prête". De cette situation elle en a retenu que malgré notre devoir de soigner, il y a des fois où ce n'est pas néfaste de dire que c'est compliqué pour nous. De là les deux IDE se rejoignent sur l'idée qu'il faut savoir dire "STOP".

L'IDE 2 a ajouté que notre capacité à faire face à nos émotions et celles des patients, dépend aussi de notre état de fatigue etc...

Lorsque l'on est face à des émotions qui sont compliquées pour nous les deux IDE se livrent et en parlent en équipe, elles échangent entre soignants, c'est très important pour elles. De plus après des situations difficiles l'IDE 1 m'explique que des temps de rencontres sont mis en place entre médecins, psychologues et infirmiers.

Ce qui diverge entre les deux IDE c'est que l'IDE 1 ne ramène rien à la maison, lorsqu'elle en parle c'est à ses collègues ou à ses amis soignants contrairement à l'IDE 2 qui elle en discute avec ses proches. Lors de situations compliquées l'IDE 2 met en place des mécanismes de défense tel que la réassurance c'est pourquoi elle a besoin d'entendre de la part de ses proches des propos tels que "c'est normal".

L'IDE 2 insiste sur le fait qu'elle accepte ses émotions et qu'elle essaie coûte que coûte de garder ses émotions intactes.

### 1.3 Le prendre soin

En ce qui concerne le "prendre soin", pour les deux infirmières c'est tout d'abord, "être à l'écoute", "donner des conseils". L'IDE 2 résume tout cela par "prendre en charge de manière globale" ce qui comprend aussi pour elle prendre en charge la famille. D'après elle le prendre soin dépend de chaque individu et en fonction de ce que veut le patient.

L'IDE 1 à ajouter à cela que c'est se mettre à la hauteur du patient, "soigner comme j'aimerais qu'on me soigne", avec bienveillance. D'après elle l'importance d'être technicienne, est que "tu te libères de ton acte" pour mieux t'occuper de l'individu et de ses ressentis.

Quant à la question "les émotions interfèrent-elles le prendre soin ?", j'ai reçu deux avis différents. D'après l'IDE 1, oui les émotions interfèrent le prendre soin, en conséquence d'une fatigue, d'une fin de journée compliquée etc... Pour répondre à ce questionnement, l'IDE 1 m'a illustré sa réponse par une situation. Lors d'une consultation, elle se trouvait face à une

patiente qui était me dit-elle, “très agacée” qu’elle soit en retard, et qui lui faisait de nombreux reproches. De ce fait l’IDE à fini par lui dire qu’elle en avait plus qu’assez de ces reproches, qu’elle n’y pouvait rien, qu’il y avait des urgences et qu’elle n’était pas ici chez son médecin traitant mais à l’hôpital. Elle m’a expliqué ensuite, qu’après lui avoir dit ce qu’elle pensait la patiente était plus dans l’écoute et dans les problématiques qu’elle pouvait ressentir face à ses traitements. Pour elle à ce moment-là il était nécessaire de dire “stop” mais en effet ses émotions ont interféré son “prendre soin”.

#### 1.4 La relation soignant-soigné

En partant de la relation soignant-soigné, je me questionnais sur l’existence d’une “juste distance thérapeutique”.

En ce qui concerne l’IDE 2, pour elle la “juste distance” dépend de la distance que le patient nous donne, d’après elle cette distance est différente selon les patients, “il y a ceux qui veulent seulement une relation soignant-soigné” et d’autres qui ont besoin et envie de parler, d’échanger. Mais toujours d’après cette même infirmière, la distance entre le patient et le soignant varie selon les émotions du soignant à “l’instant T”.

D’après l’IDE 1, il y a des solutions qu’elle utilise afin de garder cette “juste distance”. La première c’est le “vouvoiement” pour elle il est primordial, en revanche pour les enfants et adolescents, elle utilise le “tu” pour faciliter le lien. Mais ce “vouvoiement” selon elle ne change rien à cette relation soignant-soigné, bien au contraire c’est une forme de respect qui permet de maintenir une distance appropriée. A contrario les patients peuvent s’ils le souhaitent la tutoyer sans souci.

Pour chaque nouveau patient, l’IDE 1 se présente en tant que “Karine, mariée et ayant 3 enfants” sans pour autant rentrer dans sa vie personnelle mais d’après elle les patients se livrent plus facilement.

Concernant cette relation soignant-soigné, je me posais la question de savoir si oui ou non face à une situation compliquée le patient le ressentait.

A ce questionnement les IDE ont répondu “oui” sans certitude, mais l’IDE 2 a ajouté à cette réponse une variante. D’après elle les patients vont sentir la bienveillance des soignants à leurs côtés et “la fuite” mais selon elles ils ne ressentent pas les autres émotions. Alors que pour l’IDE 1, un grand nombre d’émotions des soignants sont ressenties par les patients, et en effet d’après cette IDE, “les gens sont touchée de te voir touché par leur situation”. Cette

relation reste pour elle un partage constant d'émotions qui n'est pas mal vu, bien au contraire, "le fait de partager sa peine, fait que le patient se sent réconforté".

## 2. Analyse interprétative – Discussion

### 2.1 Les émotions

Lors de mes entretiens, les infirmières étaient en accord sur le fait que les émotions sont un ensemble de perceptions, de ressentis. Daniel Goleman lui va un peu plus loin en les définissant comme étant "les sentiments les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers".

Les infirmières ajoutaient à cette définition une variante dans l'émotion, elles parlaient d'émotions positives ou agréables et de celles négatives ou désagréables.

En effet Catherine BELZUNG différencie elle aussi les émotions selon deux types ; les positives et les négatives. Quant à moi je m'accorde avec ces deux auteurs sur le fait que les émotions sont pour moi des sentiments positifs ou négatifs qui sont présents au quotidien.

Lorsque l'on me parle d'émotions, il me vient un large panel en commençant par la joie, la tristesse, la peur, la frustration, la colère, la surprise, la déception etc...

Pour les infirmières interviewées, une revenait, il s'agissait de la tristesse et d'autres s'en suivait, tel que la colère, la joie.

Au cours de mes lectures j'ai pu découvrir de nombreuses listes d'émotions selon les auteurs mais six reviennent à coup sûr, la peur, la tristesse, le dégoût, la surprise, il s'agit des émotions dites "fondamentales".

Les émotions nous affectent sur un moment plus ou moins long, avec une variation d'intensité à la suite d'un déclencheur. En effet je pense qu'elles peuvent être présentes à différents moments, sur une période qui varie avec une intensité fluctuante. Il peut arriver que des éléments nous tourmentent, il nous arrive d'y penser en fin de journée ou au moment de notre pause. Et puis il y a les émotions qui perdurent, qui nous hantent toute la journée et qui peuvent avoir des conséquences sur la qualité de notre travail.

C'est ce qu'il s'est passé pour moi lorsque je me suis retrouvée face à une patiente qui était atteinte du même cancer que celui de ma tante qui était en train d'en décéder.

Cette émotion que je ressentais était belle et bien de la tristesse, définie dans le Larousse comme étant "l'état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie", cette tristesse était intense et ne me quittait pas, que je sois à mon domicile ou sur mon lieu de stage, elle ne s'estompait pas et nuisait à ma concentration. Malgré ce que disait John BOWLBY "la tristesse

est une réaction normale et saine devant toute infortune” je m’en voulais de la ressentir et de ne pas pouvoir faire la part des choses entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle.

Lorsque j’ai échangé avec les infirmières sur cette situation et les leurs qui présentaient des similitudes, elles ont souligné selon leurs avis qu’il était “normal” et “important” de ressentir des émotions et de les partager tel une “communication transparente”.

## 2.2 Les stratégies de faire face

Lorsque j’ai évoqué auprès des infirmières, les stratégies de “faire face” afin de se “protéger” de ses propres émotions, toutes deux ont insisté sur l’importance “de rester qui nous sommes”. L’une d’entre elles m’a dit “pleurer avec les gens n’est pas un tort”. Cette façon d’agir est bien connue, c’est “l’acceptation de l’émotion après que celle-ci ait été ressentie”, elle fait partie des trois étapes du processus émotionnel de Chantal GENSSE qui se compose de “l’émergence de l’émotion”, de “l’acceptation de celle-ci” ou bien de son “refoulement”.

Après avoir fait des recherches et recueilli des témoignages ma façon de voir les choses a changé. Lorsque je me suis retrouvée en difficulté face à cette situation de stage vue précédemment, je m’interdisais presque de ressentir cette émotion de “tristesse” en vain. Cette réaction a été très clairement identifiée par Roger FISHER, lorsqu’il nommait les “approches inefficaces” des émotions, l’une d’entre elle était “s’interdire une émotion” et la seconde était “traiter directement l’émotion”. A l’heure actuelle je me rends compte qu’il est plus délétère de se “blinder”. Une infirmière m’a dit “lorsque je serai blindée au point de ne faire paraître aucune émotion je changerai de métier”.

Je pense qu’il faut partager ses émotions, comme me l’ont spécifiées les professionnelles lors des entretiens. Elles ont prôné l’importance de l’échange en équipe, entre professionnels de santé. L’une d’elle a ajouté qu’elle ne ramenait rien chez elle, moi contrairement à cette infirmière je ramenait l’ensemble de mon “mal-être” à mon domicile et à mes proches, il était impossible pour moi de ne pas l’extérioriser.

La seconde infirmière m’a très vite parlé de ce que l’on nomme “mécanismes de défense” qui est défini selon Alain BRACONNIER comme étant “une notion qui englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes ou internes et protéger le psychique humain”. D’après Henri CHABROL c’est un “processus automatique”, “une action inconsciente”. Les mécanismes de défense sont là au quotidien et sont multiples (Louis HECKTOR), en effet il y a le blocage, le déni, l’évitement, l’identification, la projection, le refoulement et beaucoup d’autres...Face à certaines situations une des infirmière me dit utiliser “la réassurance”, elle ressent le besoin d’entendre de ses proches “c’est normal”, “ne t’inquiète pas”, je pense avoir été dans la même situation, j’ajoutais à celui-

ci "l'évitement", qui est défini selon Louis HECKTOR comme étant "un détournement actif des pensées, objets ou situations qui sont chargées de conflits". Il me permettait je crois de ne pas "craquer" devant l'équipe soignante pendant mes journées de stages, car à ce moment-là j'avais "honte" et n'imaginai pas pouvoir me livrer de telle manière.

Les mécanismes de défense ne sont pas les seuls dans les stratégies de "faire face", il y a aussi le "coping" ou "stratégie d'adaptation" qui lui est un processus "volontaire", "le sujet choisi une réponse à un problème" (Henri CHABROL). Il existe quatre catégories de coping, celui centré sur les émotions, celui centré sur le problème, le coping évitant et le coping vigilant, avec du recul je pense en avoir développé deux, le premier le coping évitant puisque je pensais pouvoir diminuer ma charge émotionnelle en évitant cette patiente et le second le coping centré sur l'émotion afin qu'il me permette de réguler mes émotions suite à ce stress, ce mal-être.

Roger FISHER disait "l'émotion affecte le comportement", en effet je pense que ce sont deux éléments qui vont de paires. Pendant mon entretien, une infirmière m'a expliqué que malgré ce que l'on pense, ce que l'on ressent il peut arriver que les émotions nous rattrapent. C'est ce qu'il lui est arrivé lors d'une visite à domicile chez une jeune patiente atteinte d'une tumeur similaire à celle qui avait tué sa meilleure amie quelques années auparavant. La prise en soin s'est passée normalement jusqu'à ce qu'elle se retrouve seule dans sa voiture et qu'elle "s'effondre en larmes". Dans cette situation ses émotions ont pris le dessus sur son comportement puisque par la suite elle a demandé à ses collègues de poursuivre la prise en soin.

En synthèse les deux infirmières interviewées, m'ont expliqué l'importance de savoir dire "stop" afin de ne pas se laisser submerger.

### 2.3 Le prendre soin

Walter HESBEEN disait, "le prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé". Alexandra PARIS, elle synthétisait cette définition par "soigner, tout en ayant une dimension de vigilance et d'attention à l'autre". On remarque que selon les auteurs la notion "d'attention" est toujours présente.

En ce qui concerne les professionnelles, elles définissent cette notion de "prendre soin" par "être à l'écoute", "donner des conseils" mais pas seulement, l'une d'elle ajoute que c'est "prendre en charge de manière globale, en comprenant la famille". Quant à la seconde infirmière, elle explique qu'il y a le fait "de se mettre à la hauteur du patient", "de soigner comme j'aimerais qu'on me soigne".



Je pense en effet que “prendre soin” s’est s’occuper de l’individu dans sa globalité, lui apporter de “l’attention”, mais pas seulement j’ajouterais que “prendre soin” c’est veiller à un complet bien-être de l’individu, tant mentalement, physiquement que socialement.

Walter HESBEEN qualifiait même ce terme de “valeur”, pour lui le “prendre soin” se caractérise comme étant, une qualité, une valeur que l’on cherche à atteindre.

Je suis entièrement en accord avec ceci, pour moi “prendre soin” est une valeur soignante et pas seulement puisqu’elle peut être présente dans tout corps de métier et pas seulement dans le secteur professionnel, mais aussi dans notre vie personnelle. D’ailleurs une des infirmières ajoutait à ce “prendre soin” une seconde valeur qui est “la bienveillance”.

Cette même professionnelle soulevait le bénéfice d’être “technicienne” puisque pour elle cela permet de “se libérer de son acte pour mieux s’occuper de ses ressentis”. En effet Alexandra PARIS dit quelque chose en ce sens, pour elle le “prendre soin” c’est un mélange de “savoir-être” et de “savoir-faire”, “un soignant ne “donne pas un soin”, il “prend soin”.

En tant qu’étudiante infirmière, c’est pour moi la chose la plus complexe, car il est vrai qu’étant toujours en formation il est difficile pour nous de lier “prendre en charge” et “prendre en soins” en devenant “technicien(ne)s” afin de “nous libérer de notre acte”, mais nous faisons au mieux.

## 2.4 La juste distance thérapeutique dans la relation soignant-soigné

D’après les professionnelles interviewées la relation soignant-soigné, est un partage constant qui dépend de chaque patient. Cette relation permet de répondre aux besoins des patients, elle prend en compte la position du soignant et celle du soigné. Du fait qu’elle rassemble deux individus dans leur humanité, leur personnalité, leur vulnérabilité c’est une source de richesse.

Pour moi cette relation soignant-soigné, c’est le plus important, le plus enrichissant dans le métier de soignant. Essayer de tisser ce lien de confiance avec le patient et sa famille et y arriver est si gratifiant. Savoir qu’ils comptent sur nous et que nous sommes là pour les aider, les soutenir est pour moi le but de cette profession.

Il est vrai que cette relation peut être compliquée à mettre en place, je prends l’exemple d’un de mes stages auprès de prématurés. Lorsque j’ai débuté dans le service il me paraissait difficile de créer en tant qu’étudiante une relation de confiance avec ces parents qui veulent le meilleur pour leur enfant. Mais malgré mes craintes cette relation est née tout naturellement au fur et à mesure des jours.

Cette relation nécessite une distance thérapeutique, je ne parle pas de distance de façon péjorative, bien au contraire, comme le dit Roland NARFIN “distance ne veut pas dire éloignement”. La distance thérapeutique c’est “la place de chacun dans la relation soignant-soigné” (Roland NARFIN).

Lorsque j’ai parlé de “juste distance thérapeutique” l’une des infirmières m’a dit que cette distance dépendait de la place que le patient nous laissait et elle a ajouté que la distance variait aussi selon les émotions des soignants à l’instant “T”.

La seconde infirmière m’a expliqué pour elle l’importance d’utiliser le vouvoiement afin de garder cette “juste distance” en effet selon elle c’est l’une des choses primordiales dans la relation soignant-soigné.

Pour atteindre cette juste distance il est important de trouver le “juste milieu” pour le bien-être du patient et du soignant, il s’agit de se trouver à égale distance des deux extrêmes qui sont ; le trop près et le trop loin. Trouver la bonne distance est un défi de tous les jours d’après Roland NARFIN.

Il y a ces relations qui se créent naturellement mais où il est important de trouver sa juste place. Lors de mon stage en psychiatrie, je me suis retrouvée face à des jeunes de mon âge, ce positionnement m’a amené à beaucoup me questionner :

- Est-ce que je dois les vouvoyer ?
- Est-ce que je les laisse me tutoyer ?
- Lorsqu’ils me posent des questions personnelles dois-je répondre ?

Mais grâce à l’équipe j’ai su trouver des réponses et ils m’ont permis de trouver ma juste place rapidement.

## Conclusion

Trouver le sujet de mon travail de fin d'année n'a pas été chose simple pour moi, mais lorsque j'ai rencontré cette situation lors d'un de mes stages, tout m'a paru plus simple et très clair, je voulais travailler sur l'émotion des soignants. Au début de ce cheminement, et en vue de ma situation d'appel qui touchait ma vie personnelle, l'équipe pédagogique a accepté que je traite de ce sujet sous réserve qu'il ne me fasse pas souffrir à nouveau.

Malgré ce risque j'ai choisi de continuer mon travail car il était je pense important pour moi de répondre à ces questions en suspens, et c'était pour moi une façon de rendre hommage à ma tante décédée.

Toutes ces questions m'ont amenées à la problématique suivante :

### **En quoi la situation d'une personne soignée, faisant écho à une histoire personnelle de l'infirmière, interfère sur le prendre soin de cette personne ?**

Afin de traiter ce sujet j'ai fait de nombreuses recherches théoriques sur les émotions, les stratégies de faire face, la relation soignant-soigné, en prenant appui sur les dires de théoriciens, psychologues, auteurs etc... Pour compléter ces informations j'ai réalisé deux entretiens avec une infirmière libérale et une infirmière clinicienne d'un centre de cancérologie que j'ai analysé. Il m'aurait paru intéressant d'interviewer une infirmière de soins palliatifs si le nombre d'interviews avait été de trois.

Suite à cette analyse j'ai mis en relation mes recherches théoriques avec les dires des infirmières et mon ressenti ce qui m'a permis de voir les éléments concordants et ceux variant selon la source. Au cours de l'écriture de ce mémoire j'ai rencontré des moments plus difficiles que d'autres, se replonger dans cette situation a fait remonter des souvenirs qui restent sensibles. Mais ce travail m'a permis d'apprendre de nombreuses choses et je pense en sortir grandi tant personnellement que professionnellement pour mon exercice futur.

Grâce à ce travail de recherche et d'analyse j'ai pu modifier m'a façon de percevoir les choses, les témoignages des professionnelles ont normalisé ma réaction face à cette situation et m'ont appris à mieux réagir. Je retiens de ce travail qu'il est important de rester soi-même, de savoir dire stop quand on ne s'en sent pas capable et de partager ses ressentis.

Ce travail de recherche m'a permis de répondre en partie aux questions que je me posais.

J'ai réfléchi à une question qui me permettra d'aller plus loin dans mon raisonnement :

En quoi l'adaptation de la communication dans ces situations améliore l'accompagnement ?

## **Bibliographie**

## Ouvrages :

- Lainé, C, Roy, Etienne. (2004). *Du bon usage des émotions au travail*. Paris, France : ESF
- Fisher, R (2008). *Gérer ses émotions*. Paris, France : Robert Laffont
- Belzung, C (2007). *Biologie des émotions*. Bruxelles, Belgique : De Boeck
- Bowlby, J (1984). *La perte : tristesse et dépression*. Paris, France : Presse universitaire de France
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital* (Masson). Paris, France : Elsevier Masson
- Christopher Perry, J (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Paris, France : Masson
- Chabrol, H et Callahan, S (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris, France : Dunod
- Ionescu, S, Jacquet, M-M, Lhote, C (1997). *Les mécanismes de défense, Théorie et clinique*. Paris : Nathan
- Perry, J-C (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Chabrol, H, Callahan, S (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : DUNOD

## Articles :

- Hesbeen, W (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante* (4), p 8.
- Paris, A. (2010). Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. *L'aide-soignant*, n°120, p14-15.
- Narfin, R (2012). Trouver la juste distance thérapeutique. *L'aide-soignant*, n°134, p9-10
- Pétermann, M (2016). La juste distance professionnelle en soins palliatifs. *Soins palliatifs*, n°4, p177-178-179.
- Holstensson, L (2009). Identification et distance professionnelle, *Aides-soignantes* (30), p 20-21
- Lhote, C (2000). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants, *Laennec* (5), p 10-13
- Breuillot, C (2009). L'identification : un concept suspect, *Le journal des psychologues*, (268), p 66-69
- Hecktor, L (2003). Les mécanismes de défense, *Santé mentale*, (75), p 20-25
- Braconnier, A. (2013). Evolution contemporaine du concept de mécanisme de défense. *Le journal des psychologues*, n° 306, p54-55-56-57.

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p31-32
- Nicchi, S, Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *Bulletin de psychologue*, n°475, p97-100
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, volume (64), p46-47

#### **Pages web :**

- Joie. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/joie/44939>
- Peur. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
- Colère. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/col%c3%a8re/17100?q=col%c3%a8re#16972>
- Tristesse. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816?q=LA+TRISTESSE#78850>
- Dégoût. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%c3%a9go%c3%bbt/22879?q=le+d%c3%a9gout#22763>
- Tristesse. (s. d.). *Dans Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816?q=TRISTESSE#78850>

#### **Mémoires :**

- Caché Simon, S. (2016). La résonance émotionnelle des soignants face aux patients auxquels ils peuvent s'identifier (Mémoire pour le DU Accompagnement et fin de vie). Paris VI.

#### **Dictionnaires :**

- Paillard, C. (2015). *Emotion* Dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2è éd., p 158). Noisy-le-Grand : SETE

## Les annexes

I.	Situation d'appel .....
II.	Guide d'entretien .....
III.	Entretien n°1 .....
IV.	Entretien n°2 .....
V.	Tableau d'analyse.....

## I. Situation d'appel

C'était lors de mon dernier stage du semestre 4, j'étais au CHU de Rennes en service de soins intensifs. Cela faisait déjà deux semaines que j'étais dans ce service, je prenais en charge deux patients et le stage me plaisait.

A mon arrivée le lundi de ma troisième semaine, lors des transmissions, il nous est dit qu'une nouvelle patiente vient d'intégrer le service, c'est une femme de 55 ans qui est ici pour insuffisance cardiaque en conséquence de ses lourds traitements de chimiothérapie, puisque cette femme est en stade terminal d'un cancer du sein qui a métastasé.

Cette situation aurait pu être "lambda" mais la coïncidence a fait que ma tante paternelle était atteinte depuis plusieurs années de ce même cancer, et il nous avait été annoncé la veille qu'elle allait recevoir une sédation profonde et continue le mardi de cette même semaine. Le fait de pouvoir me retrouver face à cette patiente me terrifiait, j'avais peur de ma réaction. Ayant déjà à charge des patients attirés, je n'ai pas pris en soins cette femme. Mais, il m'arrivait d'aller aider l'infirmière de mon secteur durant la journée, comme ce jour où je dû l'aider pour repositionner cette patiente. Avant d'entrer dans sa chambre, je me suis ressaisie en me disant que je devais faire la part des choses et que cette patiente avait, à l'heure actuelle, besoin de moi, étudiante en soins infirmiers. Lors de mon entrée dans la chambre je n'ai pu m'empêcher de voir ma tante... il était alors très compliqué pour moi de gérer mes émotions. Cette semaine a été très dure pour moi et m'a amené à me poser beaucoup de questions sur mon exercice professionnel futur.



## II. Guide d'entretien

<u>Thème / Concepts</u>	<u>Sous thème</u> <u>Objectif attendu</u>	<u>Questions</u>
<b>Parcours de l'IDE</b>		<p>Depuis combien de temps travaillez-vous en cabinet libéral ?</p> <p>Depuis combien de temps êtes-vous IDE clinicienne à Eugène Marquis ?</p>
<b>Les émotions</b>	<p>Obtenir une définition d'une « émotion »</p> <p>La place des émotions dans le prendre soin</p>	<p>Pour vous qu'est-ce qu'une émotion ?</p> <p>Selon vous quelle est la place des émotions dans la prise en soin IDE ?</p> <p>Face à une situation difficile comment réagissez-vous ?</p>
<b>// Professionnelle &amp; Personnelle</b>		<p>Vous êtes-vous déjà retrouvé en difficulté face à une situation de soin qui faisait écho à une situation personnelle ?</p>
<b>Les mécanismes de défense</b>	<p>Nommer les mécanismes de défense</p>	<p>Quels moyens utilisez-vous pour vous protéger / défendre face à vos émotions ?</p> <p>Pensez-vous qu'il y ai une juste distance professionnelle ?</p>
<b>Le prendre soin</b>	<p>Définition du prendre soin</p>	<p>Pour vous qu'est-ce que le prendre soin ?</p> <p>Selon vous les émotions interfèrent-elles le prendre soin ?</p> <p>→ Pouvez-vous me donner un exemple ?</p> <p>D'après vous lorsque l'on se trouve en difficultés face à une situation qui nous fait écho le patient le ressent-il ?</p> <p>→ Si oui pouvez-vous m'en dire plus ?</p>

### III. Entretien n°1

**Moi** : Pour commencer, depuis combien de temps travaillez-vous dans un cabinet libéral ?

**IDE** : Alors je travaille en libéral depuis octobre 2011. Mais dans ce cabinet là depuis janvier 2012, donc ça va faire 8 ans ici.

**Moi** : D'accord pour vous, qu'est-ce qu'une émotion ?

**IDE** : Bonne question. En fait, c'est tous les ressentis que tu as devant un événement, devant une personne ou ce qui est mal...oui...c'est un ressenti, en fait. Donc ça peut très bien être de la joie, de la tristesse, comme un mal être, un malaise ou un ressenti en fait.

**Moi** : D'accord. Et du coup, pour vous, les émotions, elles ont quelle place dans le prendre soin ?

**IDE** : Alors comme je te disais on est humain. À mon sens, je me dis que le jour où je serai blindée, comme j'ai pu connaître certains professionnels, j'arrêtera parce que je trouve que ce n'est pas un métier que tu peux faire sans ressentir des choses, que ce soit du confort, de l'inconfort, de la tristesse, de la joie ou...on est dans le partage. De toute façon, en tant que soignant et en tant que soigné, on partage avec les gens et ils partagent avec nous, donc moi je trouve normal de pouvoir échanger autour d'un ressenti, d'une émotion. Pour moi, c'est très important. Je ne vois pas ne pas...même ne pas dire quand ça va bien ou quand ça ne va pas bien.

**Moi** : D'accord. Si vous êtes amenée à rencontrer une situation compliquée, comment faites-vous face par rapport justement, à vos ressentis, vos émotions ?

**IDE** : Donc moi j'avais évoqué ma situation ou j'avais...j'ai malheureusement perdu une amie que j'ai accompagnée pendant deux ans d'une tumeur au cerveau qui a fini par décéder. Et du coup, en effet, j'ai retrouvé la même situation d'une jeune fille où j'avais une prise de sang à faire et je devais être la deuxième à être allée faire les claquettes plus la sous-cut, et du coup, je vais pas forcément...mon collègue n'avait pas forcément donné la transmission de la pathologie donc ...en tant que libérale, voilà, je suis quelqu'un qui demande, etc...et en fait en arrivant, c'est sa maman qui m'avait accueillie, qui m'avait donné la situation de la jeune fille donc qui était atteinte d'une tumeur au cerveau également. Et du coup...ça m'avait touchée quand j'avais eu la maman et avant de rentrer j'ai pris une bonne inspiration et puis j'ai fait mon travail correctement. Juste après, elle a échangé avec moi pendant le soin, j'ai échangé avec elle et en effet, je ne m'attendais pas en sortant...comme c'était une prise de sang toutes les semaines et qu'elle avait des sous-cut tous les jours. Euh c'est quand je suis rentrée dans ma voiture, en effet, ça m'est tombé dessus. C'est juste que ça faisait déjà un an que mon amie était décédée, mais il me fallait plus de temps. En fait, c'est juste que j'ai retrouvé physiquement des choses parce que c'est une pathologie qui dégrade beaucoup les gens qui sont sous corticoïdes, donc les gens gonflent, sur la fin, des problèmes de peau, et ça m'a juste fait énormément écho. J'ai la chance qu'on était plusieurs...donc...pouvoir dire à mes collègues que c'était trop difficile pour moi. Je pense que de moi-même, j'aurais pris sur moi si j'avais été seule en cabinet, étant donné la situation, jusqu'au bout. Mais voilà, la jeune fille a été prise en HAD après parce qu'elle s'est dégradée assez rapidement, mais je pense que j'aurais laissé plus de soins à l'HAD pour me protéger, parce que tu n'es pas efficace quand...quand tu n'es vraiment pas bien, et puis tu n'as pas à montrer ton mal-être aux personnes soignées. Donc, il faut savoir dire stop. Après, devant des situations autres, quand ça fait écho, que ce soit à des parents, à des enfants, ça ne me gêne pas de pleurer avec les patients et de voir qu'on partage...

Là ça fait 2 ans qu'on soigne quelqu'un, ça fait deux ans qu'on suit cette jeune femme là. Elle a l'âge de ma maman. Elle nous tutoie. Moi, je reste toujours avec le vous, ça par contre, je suis une professionnelle, même quand on rentre dans l'intimité des gens je trouve que de garder le « vous » ...qu'ils me tutoient, ça ne me pose pas de souci, mais le « vous » ça reste une petite barrière quand même. Et même si tu pleures avec quelqu'un à qui tu dis « vous », les gens, quand tu es vrai, ils sont vrais. Et puis, de toute façon, de se livrer aux gens et de dire... « Excusez-moi, c'est un peu compliqué pour moi, parce que voilà... », les gens comprennent. Aucun patient, nous en veut d'être peinée pour eux, etc. Après, c'est important si...quand ça nous peine, mais qu'on voit que la personne n'est pas la même...elle est battante, elle n'est pas au même endroit que nous, il faut savoir avaler ses sentiments parce que...ce n'est pas au soigné de rassurer le soignant.

Non, mais ça, ça peut arriver dans certaines situations où tu es pris par les émotions... nous on a en ce moment, une dame qui sait qu'elle est en fin de vie et qui nous parle des chansons qu'elle va mettre, elle en est très loin dans son discours. Bah...ça fait mal, parce qu'on l'apprécie. Et puis ce sont des choses qui nous touchent. Mais bon, voilà, on ne veut pas...il y a des fois où elle lâche des choses, et de la prendre dans ses bras, voilà, ça lui fait du bien. Après, elle ne craque pas avec tout le monde et elle ne parle pas de choses comme ça avec tout le monde. On est plusieurs professionnels, mais elle se laisse libre avec...elle à plus d'atomes crochus avec certains qu'avec d'autres. Donc, c'est à nous aussi de dire « là j'ai besoin de la voir », ou au contraire « bah écoute là c'est trop dur ». Mais, on a tous nos histoires, nos vies personnelles, les patients, ça reste des patients. On est là pour les soigner, pour les porter, mais quand ça nous fait écho, ce n'est pas...moi je ne pense pas que ce soit néfaste de leur dire que c'est compliqué pour nous ou pas quoi...Après, c'est partagé. Maintenant, c'est mon avis.

**Moi** : Du coup la question suivante vous y avez répondu...Vous êtes-vous déjà retrouvée en difficulté face à une situation de soin qui faisait écho à une situation personnelle.

**IDE** : Oui en effet.

**Moi** : Quels moyens utilisez-vous pour vous protéger, vous défendre face à vos émotions ?

**IDE** : Après, on parle beaucoup dans une équipe, c'est important, donc c'est important aussi d'en parler avec l'équipe. Quand on a une équipe. Après, c'est vrai, moi, je ne ramène rien à la maison. En fait, on est suffisamment...ou alors on en parle avec d'autres copines infirmières. Mais disons que ça ne sort pas du corps médical généralement. Après on est tous à avoir des amis infirmiers, que ce soit infirmier à l'hôpital ou infirmière en libérale. Je pense qu'en tant que soignant, on se libère avec les soignants, mais on ne se libère pas autrement. Après, dans le libéral, on a eu des situations un peu difficiles où là, on avait été tous vu par un psychologue. Ici, on a eu un jeune homme à 19 ans, pareil, c'est dur, en plus la maman elle travaille sur Montfort, c'est une collègue à nous dans une autre structure. Donc c'était un petit peu difficile et c'est vrai qu'on a eu des moments de rencontres avec médecins, psychologues, infirmiers. Et puis, on a échangé pour pouvoir déverser de la situation, pour faire face avec notre collègue

et pour faire face aussi par rapport à soi-même parce qu'on est parent, et que c'est toujours plus compliqué avec les jeunes également. Mais après, c'est juste que ce sont des choses qu'on ne sait pas que ça nous rattrape en fait. C'est juste que par rapport à Lili, elle était partie déjà depuis un petit peu plus d'un an. Je ne m'attendais pas à ça, c'est juste que ça vous arrive...c'est pareil que quand tu regardes un film à la télé, tu penses que tout va bien et puis tu ne sais pas pourquoi tu te mets à pigner.... Voilà c'est des phases de la vie aussi qui fait que des fois, on est rattrapé par nos émotions sans pour autant penser que là, on peut être plus atteint dans telle situation ou autre. Après, on côtoie tellement de monde qu'on peut avoir en effet des atomes crochus avec certains patients qu'on côtoie. Ça fait 8 ans que je travaille ici. Il y a des gens à qui j'ai besoin de dire au revoir quand ils partent.

La semaine dernière, on a perdu deux patients, du jour au lendemain, tu dis « à la semaine prochaine » et puis « poc », tu as besoin d'aller leur dire au revoir. Après, on ne fait pas ça avec tout le monde, mais je pense que c'est juste humain et je ne changerai pas. C'est juste boucler sa boucle. Moi, j'appelle ça boucler sa boucle. C'est juste que quand on prend soin des gens à un certain moment... moi j'ai travaillé en cancérologie dix ans avant, on avait des patients qui venaient et qui repartaient, qui revenaient. Tu tisses quand même un peu des liens, et puis tu connais leur histoire, tu connais leur famille. Il y a des gens à qui tu t'attaches, entre guillemets, un peu plus et tu as besoin de dire « au revoir », tout simplement, pour passer à une autre histoire. Moi je prends ça comme ça, en fait, chaque patient, comme... chacun est propre à lui-même, et puis, quand on tourne la page, on tourne la page, mais il y a des fois, une petite carte suffit, des fois de se dire « ah bah mince, il est parti » suffit, et puis il y a des fois où il y a besoin d'aller les voir. Moi j'ai retrouvé aussi, une jeune fille que j'avais côtoyée en chirurgie digestive, que j'ai retrouvée sur le secteur de Montfort et qui est décédée à 23 ans. Bah... moi j'ai eu besoin de boucler ma boucle parce que...là je suis allée à l'enterrement parce que...bah parce que moi en plus elle m'avait reconnue, je l'avais soignée des années.

Il y a un moment donné, je ne m'attendais pas à la retrouver là et puis, malheureusement, sa pathologie avait évolué...en plus elle est partie en période de Noël enfin bref... C'est la vie quoi ...mais ...ce n'est pas pour autant que changera de travail. Mais tu vois je ne travaillerai pas forcément en soins palliatifs. Mais on passe par toutes les phases en effet...et des joies beaucoup...ahah...je te rassure !

**Moi** : Oui...ahah ! Pensez-vous qu'il y ait une juste distance professionnelle ?

**IDE** : Le « vous » déjà, moi, sincèrement, je trouve que déjà il y a l'attitude soignant-soigné. Après, je ne me mets jamais au-dessus des gens. Moi, en fait j'ai ma philosophie c'est que je soigne comme j'aimerais qu'on me soigne. Du coup, je me mets toujours à côté des gens. Je ne reste pas debout pour faire une prise de sang, je m'assoie, je pose des questions. Voilà les gens il savent que je suis mariée, que j'ai trois enfants...fin bon après sans pour autant rentrer dans ma vie. Mais voilà. Quand tu te livres aux gens, les gens se livrent aussi davantage à toi et sans pour autant, tu peux rester dans des banalités et eux, ils n'ont pas l'impression que c'est l'infirmière qui met une distance. Quelque part moi, c'est ma façon de me présenter. Moi, je leur dis toujours « Je m'appelle Carine », si on m'appelle madame « madame » je me dis olala « non Karine c'est bien ahah ». Et voilà. Après, il y a beaucoup de gens qui me disent « je voudrais te tutoyer, mais tu ne me tutoies pas » bah ce n'est pas grave moi je dis « tutoyez moi, ça ne me gêne aucunement », mais j'ai du mal à tutoyer. Après je dirais les jeunes qui ont 15, 16 ans, des enfants, je vais les tutoyer parce que je trouve que c'est plus sympa aussi, et puis ça...c'est plus dans le rapport... par exemple là je me vois plus...j'ai un fils de 14 ans, donc je me vois plus comme leur maman. Mais entre guillemets tu rentres plus en contact avec l'enfant qui s'est brûlé...si tu dis « vous » ...non...tu les appelles par leur prénom. Moi, j'ai des patients que j'appelais par leurs prénoms, mais c'est « vous » c'est toujours, « Thérèse, vous... » « Lucien, vous... » « Janine, vous... », mais voilà, c'est une distance que tu mets, c'est juste que c'est Karine, la professionnelle qui va avoir un Lucien. Mais voilà, après moi, je me considère d'égale à égale en fait. Moi, je leur apporte du soin. Mais eux quelque part, ils m'apportent aussi...bah...euh...ont fait partie de leur vie en fait. Si on ne fait que passer sans s'intéresser je ne vois pas l'intérêt du soin et du prendre soin en fait.

**Moi** : D'accord. Pour vous qu'est ce que le prendre soin ?

**IDE** : Le prendre soin, c'est de se mettre à la hauteur de monsieur et madame tout le monde. C'est de soigner comme on aimerait qu'on nous soigne avec de la bienveillance, de la fermeté des fois, mais tout en étant bienveillant et en se positionnant pas en tant que moi je sais, vous vous ne savez rien, mais moi, j'ai une formation qui peut vous aider, mais je vais faire avec vous. C'est faire avec les gens. C'est là que ça passe toujours mieux en fait. D'accepter un traitement qu'ils n'acceptent pas, leur montrer qu'on est là pour les écouter. Et puis de pouvoir dire en se référant aux médecins, "mais si on vous a donné ça, c'est que...nanana..."c'est faire une prise de sang à quelqu'un, une personne lambda que tu ne connais pas tu vas voir une fois, mais ce n'est pas juste « bonjour, je vous fais la prise de sang, je pars ». C'est « est-ce

que ça va en ce moment ? C'est une prise de sang courante, la prise de sang de l'année ou non...vous êtes fatiguée ? » Et en fait le contact fait que quand tu es à l'aise avec ton soin, tu peux justement t'occuper de la personne et de ses ressentis. Du coup, d'être technicienne tu te libère de ton acte, tu peux au moins prendre soin des gens en discutant avec eux, et en posant des questions parce que ce sont des gens des fois que tu vois après et au moins tu n'es pas surpris qu'il te rappelle si à la prise de sang, il y a eu quelque chose qui était montré.

**Moi :** D'accord. C'est pareil ça se recoupe à chaque fois. Selon vous, les émotions interfèrent -elles le prendre soin ?

**IDE :** Moi, je ne pense pas. Il faut juste savoir quelles sont nos limites, en fait, en tant que professionnel de santé, la moi par rapport à cette situation-là je me dis ça date de 2013, il y a un moment donné, je vais avancer quand même. Après, elle est toujours là mais au jour d'aujourd'hui je pense que devant une situation identique...là l'âge faisait qu'elle avait une petite fille aussi. Enfin là il y avait trop de recouvrements qui faisaient que c'était compliqué. Voilà. Après, je me dis que le temps efface un peu les peines et quelque part, on grandit nous aussi et que ce n'est pas être en échec que des fois, d'avoir failli... Je pense qu'il ne faut pas le prendre de façon négative en fait, c'est juste que du coup, c'est de se dire que ce n'est peut-être pas le bon moment, et qu'on a peut-être un travail à faire sur soi qu'on ne pensait peut-être pas avoir à faire, mais que justement, en tant que soignant on n'est pas là pour s'écrouler face aux gens, après tu vois ça ne s'est pas passé mais je me suis écroulée dans ma voiture donc...là je me dis que ce n'est pas possible. Après tu arrives les yeux rouges chez la personne d'après, ce n'est pas terrible, mais après tu vois les gens me connaissent et du coup, je leur dis « oh, ça va, ce n'est rien, ça va aller mieux, vous ne tracassez pas » et du coup tu repars sur autre chose et puis tu embrayes et puis voilà. Mais non je pense que...bah on est humain avant tout. Alors oui on est soignant mais on est humain avant tout.

**Moi :** D'accord. D'après vous, lorsque l'on se trouve en difficulté face à une situation qui nous fait écho, le patient le ressent-il ?

**IDE :** Je pense, je pense.... Après...après des fois on fini par rigoler...cette jeune fille là, j'en ai pas du tout parlé, je ne sais pas si elle a vu mon trouble, je ne pense pas parce que tu vois

je pense que j'ai mené front justement pour ne pas lui montrer mon trouble et tout ça... C'est vraiment quand je suis rentrée dans ma voiture, j'ai été submergée, maintenant, par rapport à d'autres situations qui me font écho et avec qui j'ai pu partager, c'est plutôt de se dire...les gens ils sont plus touchés, de te voir touchée par leur situation plutôt que de...Je trouve que c'est un échange...J'ai pas eu de retour, alors ça fait 19 ans que je suis infirmière, je n'ai pas eu de retours négatifs sur une situation où j'ai pu pleurer avec les gens, au contraire, je te dis..après je ne pleure pas à chaque fois...ahah...c'est pas ça, mais ça ne m'est pas arrivé si souvent que ça, mais les fois où j'ai pu pleurer avec les gens...la par exemple on a un patient qui a perdu sa femme, c'était très difficile pour lui, elle était âgée mais il n'empêche, ça fait 8 ans que je les voyais presque tous les jours. Ben forcément, ça fait mal, et puis, le petit monsieur qui se met à pleurer bah forcément, ça prend aussi au cœur. Il était plutôt touché, et puis ben on a fini par se remémorer des souvenirs ensemble avec elle et ça nous a fait sourire tous les deux, et puis, au contraire, lui il s'est senti réconforté, puis il voyait qu'on partageait sa peine aussi, à une autre échelle, forcément, mais les gens ne le prennent pas mal en fait. Je pense qu'ils me connaissent aussi...donc, non, je n'ai pas...ça ne m'a pas perturbé et je ne pense pas que j'en ai perturbé un, un patient ou une patiente, dans ce sens-là. C'est plus...ça reste du partage. Ça n'est pas des ennemis, ni de la famille, mais ça reste un partage.

Oui, tu peux très bien aller voir un film avec une copine ou un copain, ou à la fin toute la salle part et les gens ils vont pleurer. Et bien chacun se regarde avec un petit sourire. C'est juste qu'on a partagé la même émotion, le film a rendu une même émotion et du coup c'est un partage de sentiments communs, mais qui n'est pas mal vu pour autant.

**Moi** : D'accord, et bien merci beaucoup c'est très complet.



#### IV. Entretien n°2

**Moi** : alors du coup je vais commencer mon entretien : depuis combien de temps travaillez-vous au centre Eugène Marquis ?

**IDE** : Euh ... du coup, 2011 octobre 2011 donc ça va faire neuf ans cette année en octobre

**Moi** : D'accord, pour vous par rapport à ma situation, qu'est-ce qu'une émotion

**IDE** : une émotion ça va être une perception corporelle de sentiments qui peuvent être du coup difficiles à gérer, après une émotion n'est pas forcément toujours difficile à gérer mais voilà une perception de sentiments qui peuvent être différents entre la colère, la tristesse la justice enfin à toute émotion et à travers notre métier c'est sûr qu'on est confronté à des émotions même le rire est une émotion aussi le fait de passer du bon temps avec quelqu'un et se sentir bien c'est une émotion du coup qui est positive bien voilà les perceptions qu'on ressent parce que après on est tous dans notre humanité c'est difficile de ne pas être du coup ému face à des situations je saurais pas dire ... il faudrait que je regarde la définition exacte, je ne la connais pas...

**Moi** : Non mais ça me va très bien ! Selon vous qu'est la place justement de ses émotions dans le prendre soin infirmier

**IDE** : c'est vrai que moi j'aime beaucoup communiquer, la communication transparente avec les moments de rire quand je sens que le patient a besoin de rire, quand je sens que le patient a besoin de pleurer, de craquer et bien je vais essayer de l'amener jusque-là mais moi aussi j'ai des difficultés à me retenir si je vois que l'émotion est trop forte aussi de mon côté, et les larmes peuvent aussi arriver jusqu'au bout de mon œil. J'essaie de ne pas les faire couler, mais d'un côté elles sont tout le temps présentes parce que c'est des humains qui travaillent ensemble donc euh...on passe comme l'expression le dit « du rire aux larmes » on est en se disant que... et parfois il n'y a même pas d'émotions ont fait que de la bienveillance c'est une émotion aussi qui reste sans extrême, une émotion ou on fait un temps avec le patient sans

forcément que qu'on aille d'un moment de tristesse à un moment de rire. On fait juste le point tranquillement. La place...ça dépend la place que le patient nous donne en fait s'il ne nous en donne pas trop sur ses émotions ont fait en fonction de ce qui nous donne.

**Moi** : Face à une situation difficile comment réagissez-vous ?

**IDE** : ça dépend comment on étiquette la situation difficile, mais je dirais que j'essaye de ne pas ne pas me cacher si je sens que par exemple les émotions sont trop...je peux avoir...ça m'arrive d'avoir la larme à l'œil... je vais tout faire pour pas pleurer à chaudes larmes mais voilà j'assume le fait d'être moi aussi émue sur ce moment-là. Qu'est-ce que ...j'essaye de.... ça dépend aussi de la fatigue beaucoup, il y a des moments où la fatigue fait que on a plus de mal à mettre nos barrières et à réagir de manière...Parce qu'il y a plein de situations on va se retrouver avec des patients, alors quand on est sous la bienveillance de patients ça va aller mais il y a des patients parfois qui vont être en colère sur plein de choses et prendre cette colère parfois c'est difficile quand on est fatigué parce qu'on a qu'une envie c'est de leur dire qu'on n'est pas leur punchingball. Ce n'est pas parce qu'ils sont patients qu'on doit tout prendre et ça c'est des situations où avec le temps j'ai appris aussi à dire stop, à dire « bah par contre là on arrête la situation elle va trop loin, vous allez trop loin je ne suis pas là pour entendre tout ça. » Et il y a différentes phases où c'est bien de mettre aussi des limites même si on essaie de tout faire avec bienveillance.

**Moi** : D'accord. Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvée en difficulté face à une situation de soins qui faisait écho à une situation personnelle ?

**IDE** : bah c'est sûr en oncologie on a énormément de situations qui peuvent faire écho parce qu'aujourd'hui tout le monde est touché autour de nous sur des pathologies cancéreuses. Je me rappelle de la première fois que j'ai vu le dossier d'une patiente qui avait quasiment ma date de naissance, là je me suis dit : « oh punaise », c'était il y-a déjà longtemps et je me suis dit : « mais ce n'est pas possible ! » Quand je suis rentrée dans sa chambre quand je l'ai prise en charge j'avais l'impression que ça aurait pu être moi, c'était une blonde aux yeux Bleus qui était très mignonne, enfin très gentille très rigolote, et je me suis dit : « ok j'en suis au point maintenant où les patients ont mon âge » Et pourtant j'étais jeune. Donc ça

c'était assez étrange mais voilà la relation se fait normalement et donc du coup... les premiers jeunes qu'on a pris en charge ce n'était pas facile et ...mais bon pour qui est-ce plus difficile je ne sais pas si c'est pour eux ou pour nous. Et puis Autrement j'ai eu ma grand-mère qui a été...qui est décédée ici d'une tumeur cérébrale, mais j'aurais pu faire beaucoup de liens avec des patients qui avaient une tumeur cérébrale que je pouvais...parce qu'à l'époque je faisais pas mal d'hôpital de jour et je n'ai pas été mécontente du coup qu'elle ne soit pas soignée à l'hôpital de jour finalement, elle est décédée assez rapidement de sa tumeur cérébrale en soins palliatifs ici. Mais malgré tout je n'ai pas fait trop de liens avec les patients que je prenais en charge atteints de tumeurs cérébrales, peut-être parce que, aussi sur le moment, voilà il fallait que je me scinde en deux, entre la soignante qui était au deuxième étage et la patiente, la petite fille qui devait s'occuper de la patiente au premier. C'est très important face à des émotions de parler de communiquer ce qu'on ressent avec l'équipe avec notre famille. Quand...moi...je viens en vélo au travail, je sais que c'est mon sas de décompression le vélo, quand je m'en vais, que j'ai des journées qui sont trop, trop difficiles. Mais après on fait des liens sur plein de choses hein, il y a des gens qui vont utiliser des mots qui font écho à plein d'histoires qu'on peut avoir, mais malgré tout ça n'a pas été la situation la plus difficile pour moi de gérer en même temps que ma grand-mère était en train de décéder, des patients qui avaient la même pathologie qu'elle. C'est vraiment plus du coup...voilà des situations au cas par cas où une émotion à un moment donné qui est différent...fin il y a pas longtemps une consultation où la femme, je sentais bien qu'elle était sur le point de craquer, et je l'ai amené à ça parce que je voyais bien que c'était...elle en avait besoin, et puis voilà quand elle te dit « mais c'est pas possible, c'est inadmissible pour moi de savoir que c'est l'homme de ma vie, là qui va mourir à petit feu » parce que je m'occupe que des patients atteints de métastases, de cancer métastatique et du coup elle me faisait un laïus sur l'amour qu'elle avait pour lui et c'est dans ces moments-là où il y a plein de mots qui font le lien aussi avec mes parents qui peuvent avoir le même âge avec mon histoire personnelle, ça fait toujours du coup...mais...mais on en parle et puis...et puis voilà on arrive...et c'est sûr qu'au travail en cancérologie c'est pas l'endroit où on a le moins de choses qui peuvent être en lien avec notre propre histoire.

**Moi** : Alors...quels moyens utilisez-vous pour vous défendre, vous protéger face à vos émotions ?

**IDE** : j'essaie de ne pas trop...j'essaie de les garder ces d'émotions intactes sur le moment même si je pense que dans les mécanismes de défense il y a pas mal de déni donc on essaye sur le moment de dire que ça va aller, ça va aller pour tenir. Après j'accepte mes émotions donc du coup ça m'aide quand même pas mal, j'en parle je les laisse aller. Je n'utilise pas forcément de mécanismes, voilà j'en parle sur le moment, je suis assez pipelette quand ça va pas et je raconte ce que j'ai pour que ça puisse s'extirper que je puisse essayer de...mais autrement les...c'est sûr entre les différents mécanismes ; la réassurance, je me réassure pas mal en demandant, en racontant ce que je ressens auprès de mes collègues auprès des gens dans mon entourage pour que du coup j'entende « bah oui c'est normal » ça me permet de me rassurer de me faire du bien je pense.

**Moi** : D'accord. Pensez-vous qu'il y ai une juste distance professionnelle ?

**IDE** : La juste distance, je pense que c'est la distance que le patient nous donne en fait parce qu'il va y avoir une distance qui est différente en fonction des patients. Il y a des patients qui vont avoir besoin qu'on soit vraiment dans une distance de soins, soignants soignés et basta et il ne faut pas qu'il y ai d'émotion et d'autres qui vont avoir envie d'en parler, on va faire un travail plus de psychologie à côté d'eux c'est comme...ceux qui veulent aller voir la psychologue ou pas aller voir la psychologue ça va être les mêmes. Ceux qui ne veulent pas aller voir la psychologue c'est soit qu'ils arrivent à gérer leurs émotions et qui ne veulent pas forcément en parler ou soit qu'ils ne souhaitent pas que qu'on aille au-delà de leurs distances et au-delà de leur Intimité. Oui je pense que la juste distance, je pense qu'elle est faite en fonction du patient en fonction de l'émotion du soignant, ses soins du moment parce que comme je disais en fonction de, si on est plus blindé qu'un autre jour on arrive à tenir sur des émotions et si on est vraiment moins blindé et plus fatigué, on est plus à fleur de peau sur certaines choses.

**Moi** : D'accord. Pour vous qu'est-ce que le prendre soin ?

**IDE** : Euh...prendre soin avec bienveillance...être du coup à l'écoute des problématiques du patient, lui donner des conseils pour faire au mieux pour l'aider à ce qu'il puisse être au mieux par rapport à ce qu'il ressent, prendre en charge de manière globale tout l'ensemble des

pathologies qu'il peut avoir et prendre en charge aussi sa famille c'est une prise en charge globale du patient. Le prendre soin c'est pareil il se définit par...pour chacun et en fonction de ce que le patient...il peut ne pas en avoir envie c'est très psycho...psychanalyste cette définition.

**Moi** : Et du coup par rapport à ce prendre soin, est ce que vous pensez que les émotions interfèrent le prendre soin ?

**IDE** : Ah bah oui, oui oui... là j'ai un exemple, lundi j'étais avec une patiente qui était très agacée d'être en retard enfin que je sois en retard. Et du coup...au bout d'un moment je lui ai dit que...bah que là je commençais à en avoir plus qu'assez de ces reproches et que je faisais de mon mieux et que j'étais bien désolée de...qu'elle ait dû attendre mais que quand elle allait chez son médecin traitant elle attendait, que c'était pareil à l'hôpital. Elle ne pouvait pas arriver et qu'on l'a prise en charge directement, qu'il y avait des urgences à traiter, du monde à attendre et que c'était compliqué et du coup c'était une émotion ou je commençais à en avoir marre qu'elle me dise ça donc je trouve ça injuste en plus avec tout ce qu'on fait à côté d'entendre ça et du coup je me suis dit qu'il fallait que je lui dise parce que là j'en avais marre. Et en même temps elle, par la suite, elle justement elle a été plus dans l'écoute et dans les problématiques qu'elle pouvait ressentir au niveau des traitements et je pense que c'était l'acceptation difficile de la maladie qui faisait qu'elle était comme ça, mais à partir du moment où je lui ai dit stop, et bien elle a été plus à me dire : « est-ce que je vais avoir ça comme effet secondaire ? Comment ça va se passer ? » Mais est-ce que je n'ai pas été dans l'écoute quand elle m'a dit qu'elle avait marre d'attendre ?...Ou est-ce qu'on a réussi à passer sur un autre stade d'une prise en charge...parce que j'ai dit « écoutez je vous ai entendu mais maintenant stop...

**Moi** : D'accord et d'après vous lorsqu'on se trouve en difficulté face à une situation qui nous fait écho, est ce que le patient le ressent ?

**IDE** : Je pense qu'il sent les soignants qui sont plus...qui vont rester plus longtemps dans leur chambre et que ceux qui vont les fuir, là je parle essentiellement du palliatif. Autrement je pense qu'ils vont ressentir le soignant qui est bienveillant à leurs côtés qui vont être à leur

écoute et ceux qui vont faire qu'une chose c'est effectivement, faire en sorte qu'il y ait le moins d'échanges intimes possible pour...pour éviter qu'ils se sentent atteint psychologiquement par leurs émotions. Est-ce qu'ils le sentent ? ...Oui je pense qu'ils doivent sentir la fuite mais je ne pense pas qu'ils ressentent trop les autres émotions.

**Moi** : D'accord, très bien merci à vous d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions.

## V. Tableau d'analyse

	IDE 1 - Libérale	IDE 2 - Clinicienne
<b>Une émotion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un ressenti devant un évènement, devant une personne</li> <li>- De la joie, de la tristesse, un mal-être, un malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception corporelle de sentiments qui peuvent être difficile à gérer</li> <li>- colère, tristesse, justice, rire</li> </ul>
<b>Place des émotions dans le prendre soin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On partage avec les gens, et ils partagent avec nous</li> <li>- C'est normal de pouvoir échanger autour d'un ressenti, d'une émotion</li> <li>- C'est très important</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- communication transparente</li> <li>- s'adapter aux besoins des patients et essayer de le soulager (ex : l'aider à craquer, s'il en a besoin)</li> <li>- Bienveillance</li> <li>- cela dépend de la place que nous donne la patient</li> </ul>
<b>Faire face à ses ressentis, ses émotions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je prends une grande inspiration</li> <li>- Mais j'ai craqué quand j'ai été seule dans ma voiture</li> <li>- J'ai dit à mes collègues que c'était trop compliqué pour moi</li> <li>- Si j'avais été seule, j'aurais pris sur moi et j'aurais délégué des soins à l'HAD pour me protéger</li> <li>- Il faut savoir dire STOP</li> <li>- Pleurer avec les gens n'est pas un tort, ils savent que tu es vrai</li> <li>- Mais il faut savoir ravalé ses sentiments si l'ont s'aperçoit que le patient n'est pas au même stade que nous</li> <li>- Il y a des situations qui font mal</li> <li>- Malgré notre devoir de soigner, je pense qu'il n'est pas néfaste de dire des fois que c'est compliqué pour nous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'assume le fait d'être moi, je ne me cache pas</li> <li>- cela dépend de notre état, la fatigue etc...</li> <li>- J'ai appris à dire STOP</li> <li>- J'ai des moments à moi pour décompresser ; comme le vélo pour venir et rentrer du travail</li> </ul>
<b>Se protéger face à ses propres émotions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parler en équipe, échanger, c'est très important</li> <li>- Je ne ramène rien à la maison, mais je partage avec le corps soignant, des amis, collègues etc...</li> <li>- Moments de rencontres avec les médecins, psychologues, infirmiers</li> <li>- Parfois on ne s'attend pas à être rattrapé par nos émotions</li> <li>- Je réagis différemment en fonction des situations, après des décès il m'arrive d'avoir besoin d'aller leur dire au revoir, ou bien seulement d'envoyer une petite carte, ou bien il m'arrive d'aller à leur enterrement → boucler sa boucle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- J'essaie de garder mes émotions intactes</li> <li>- Mécanisme de défense : déni, réassurance (au près de mes collègues, de mon entourage)</li> <li>- J'accepte mes émotions</li> </ul>
<b>Juste distance professionnelle ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le vouvoiement</li> <li>- Je soigne comme j'aimerais qu'on me soigne</li> <li>- Je me présente comme ceci « je suis Karine, je suis mariée et j'ai 3 enfants » sans pour autant rentrer dans ma vie, mais cela permet qu'il se livrent plus facilement.</li> <li>- Qu'on me tutoie, ne me pose aucun souci en revanche les personnes qui me disent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La distance que le patient nous donne</li> <li>- Elle est différente en fonction des patients, certains veulent seulement une relation soignant-soigné et d'autre ont envie de parler</li> <li>- Cela dépend aussi de l'émotion du soignant</li> </ul>

	<p>« madame » je leur réponds que moi c'est « Karine »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En revanche je tutoie, et appelle par leurs prénoms les enfants et adolescents</li> </ul>	
<b>Le prendre soin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mettre à la hauteur de monsieur, madame tout le monde</li> <li>- Soigner comme j'aimerais qu'on me soigne, avec bienveillance, fermeté parfois</li> <li>- Je ne sais pas tout, mais en revanche j'ai une formation qui peut vous aider</li> <li>- C'est faire avec les gens, être à leur écoute</li> <li>- Quand tu es technicienne tu te libère de ton acte et tu peux t'occuper de la personne et de ses ressentis</li> <li>- Prendre soin des gens en discutant avec eux, en posant des questions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est l'écoute des problématiques du patient</li> <li>- Donner des conseils</li> <li>- Prendre en charge de manière globale</li> <li>- Prendre en charge sa famille</li> <li>- Il se définit par chacun et en fonction de ce que le patient veut</li> </ul>
<b>Les émotions interfèrent-elles le prendre soin ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ne pense pas</li> <li>- Il faut connaître ses limites</li> <li>- Il arrive que des situations soient compliquées au vu de nombreuses similitudes mais le temps efface un peu les peines</li> <li>- C'est un travail à faire sur soi</li> <li>- En effet oui on est soignant, mais on est humain avant tout.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Il arrive que par rapport à notre état de fatigue etc...on en ai marre (ex de la patiente qui était en colère) → mieux ensuite, la patiente à réussi à se livrer</li> <li>- Savoir dire STOP</li> </ul>
<b>Face à une situation compliquée le patient le ressent-il ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je pense</li> <li>- Les gens sont touché de te voir touché par leur situation</li> <li>- C'est un échange, un partage d'émotions, de sentiments communs, qui n'est pas mal vu pour autant</li> <li>- Le fait de partager sa peine, fait que le patient se sent réconforté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ils vont sentir quand le soignant est bienveillant à leurs côtés</li> <li>- Oui je pense qu'ils ressentent la fuite mais je ne pense pas qu'ils ressentent les autres émotions.</li> </ul>



## Abstract

MEUNIER

LEA

### **La gestion des émotions soignantes**

During my final year of nursing education, I decided to deal with "caring emotions" for my final study project. For this project I started from a situation encountered during an internship where one of the patients presented the same pathology as my aunt in the terminal phase of cancer, which led me to the question: "How does the situation of a patient, echoing a personal story of the nurse, interfere with caring for that patient?" To find answers to this question, I conducted much theoretical research that I integrated with the narratives of two nurses that I interviewed. This study enabled me to realize the importance of being yourself, of knowing how to stop when you do not feel capable and of sharing your feelings.

Durant ma dernière année de formation en soins infirmiers, j'ai décidé pour mon travail de fin d'études, de traiter des "émotions soignantes". Pour cela je suis partie d'une situation rencontrée en stage où l'une des patientes présentait la même pathologie que ma tante en phase terminale d'un cancer, ce qui m'a amenée à la question : " En quoi la situation d'une personne soignée, faisant écho à une histoire personnelle de l'infirmière, interfère sur le prendre soin de cette personne ?" Pour trouver des éléments de réponse j'ai fait de nombreuses recherches théoriques que j'ai recoupées avec les dires de deux infirmières interviewées. C'est un travail qui m'a permis de me rendre compte de l'importance de rester soi-même, de savoir dire stop quand on ne s'en sent pas capable et de partager ses ressentis.

**EMOTION – TAKE CARE – CAREGIVER CARED RELATIONSHIP – COPING STRATEGIES**

**EMOTION – PRENDRE SOIN – RELATION SOIGNANT SOIGNE – STRATEGIES DE FAIRE FACE**

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRIERS :  
CHU de Rennes, 2 Rue Henri le Guilloux, 35000 Rennes  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2017-2020