



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Les gestion des émotions de l'infirmier dans le prendre soin

POIRIER Alicia
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers.

**Travaux de fin d'études :
La gestion des émotions de l'infirmier dans le prendre soin**

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 en 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 07/05/2020

Signature de l'étudiant : POIRIER Alicia

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^{er} : 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.

Remerciements :

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU de Rennes pour leur investissement pendant notre formation.

Je remercie également mon référent pédagogique pour m'avoir accompagné pendant ces trois années .

Je remercie ma guidante, Sophie Bor pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude.

De plus, je remercie les deux infirmières qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre à mes questions.

Enfin, je remercie mes collègues de promotion pour leur aide et leur soutien.

« Une émotion est une expérience ressentie. On éprouve une émotion;
on ne la pense pas » Fisher R. et Shapiro D.

Sommaire

Introduction :	1
Chapitre 1 : Le cadre théorique	4
1. Le prendre soin	4
1.1. Définitions	4
1.2. L'accompagnement	4
1.3. La relation soignant-soigné	5
2. Les émotions	6
2.1. Définitions	6
2.2. Les fonctions	7
2.3. Les compétences émotionnelles	8
3. La gestion des émotions du soignant : les mécanismes d'adaptation	9
3.1. Les mécanismes de défense	9
3.2. Le coping	10
3.3. Le travail émotionnel	10
Chapitre 2 : L'entretien semi-directif	12
1. Le dispositif méthodologique	12
2. Le guide d'entretien	13
3. Bilan du dispositif (points forts, limites)	14
Chapitre 3 : L'analyse des entretiens et la discussion	15
1. L'analyse descriptive	15
1.1. Le prendre soin	15
1.1.1. Définitions	15
1.1.2. Les limites	15
1.2. Les émotions	16
1.2.1. Définitions	16
1.2.2. La gestion	16
1.2.2.1. Les mécanismes de défense	16
1.2.2.2. Les ressources	17
1.2.2.3. Les difficultés	18
1.2.2.4. Le vécu émotionnel et la distanciation professionnelle	18
1.2.2.5. Les besoins des professionnels	20
2. L'analyse interprétative et la discussion	20
2.1. Le prendre soin	20
2. Les émotions	21
2.3. La gestion des émotions	22
2.4. Le vécu émotionnel et la distance professionnelle	24
Conclusion	27
Bibliographie	
Annexes	
Abstract - résumé	

Introduction :

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. J'ai décidé de travailler sur le thème des émotions du soignant dans le prendre soin. Les émotions sont présentes dans le quotidien de chaque individu de la naissance à la mort, elles sont propres à chacun et prennent une place tant dans la vie personnelle que professionnelle. Elles ont un rôle important dans les relations humaines, notamment dans les relations que peuvent avoir les soignants avec leurs patients. Il me semble intéressant de travailler sur ce sujet pour ces différentes raisons. Dans mon sujet de recherche, je vais m'intéresser à la gestion des émotions du soignant et son influence dans le prendre soin.

Dans un premier temps, je commencerai par m'intéresser au prendre soin, et plus précisément à la relation soignant soigné, la relation de confiance et à l'accompagnement. Dans un second temps, j'aborderai les émotions, en définissant le terme, en m'intéressant à leurs fonctions et aux compétences émotionnelles. Pour finir, j'aborderai la gestion des émotions du soignant, pour cela j'approfondirai les notions de mécanismes de défense, de coping ainsi que de travail émotionnel.

J'ai rencontré lors de deux stages, des situations qui m'ont questionnées en lien avec les émotions et le prendre soin.

J'ai vécu une première situation lors d'un stage en chirurgie hépato-biliaire, ce stage s'est déroulé en deuxième année.

Situation d'appel n°1 :

Le lundi 12 novembre, j'arrive en stage de chirurgie digestive et hépato-biliaire. Je suis accueillie avec les autres étudiants par la cadre de santé du service. Pendant ce temps d'accueil, la cadre prend le temps de nous demander dans quel état d'esprit nous sommes avant de débiter ce stage ; je suis satisfaite d'arriver sur un stage « technique ». Ce stage va être pour moi l'opportunité d'améliorer mes compétences sur la technique, également d'approfondir mes connaissances anatomiques, physiopathologiques sur l'appareil digestif. Lors de ma première semaine, je constate qu'une majorité des patients ont un cancer du pancréas et qu'ils sont dans ce secteur pour la surveillance post-interventionnelle d'une chirurgie de cet organe (la duodéno-pancréatectomie encéphalique). Lors de cette intervention, il y a une exérèse d'une partie de l'estomac, du pancréas et du duodénum. Les suites de l'intervention sont donc assez compliquées. Cette pathologie, je la connais de façon personnelle. Un proche a eu 4 ans auparavant cette même pathologie et intervention dans ce service. Cette personne est décédée à la suite de cette pathologie, de ce cancer.

À la fin de la première semaine, j'envisage avec ma tutrice de commencer à prendre en soins un patient dès le début de la semaine suivante. Nous regardons les patients entrant dans le service le lundi et nous nous mettons d'accord sur une patiente : Mme M qui aura une duodéno-pancréatectomie encéphalite. Avec cette patiente l'objectif est que je puisse réaliser une prise en soins globale. Le lundi matin, j'arrive dans le service et mes émotions sont difficiles à décrire. Je me sens partagée, entre excitation d'être à partir de ce jour dans l'action, et la peur de prendre en soin cette patiente. Je ne connais que l'origine de son hospitalisation et son âge. Avec l'infirmier qui m'encadre ce jour-là, nous allons en salle de réveil à 17h pour chercher Mme M et pour l'accompagner dans sa chambre. Nous prenons soin d'installer la patiente. Je réalise les différentes surveillances et fait connaissance avec elle. En sortant de la chambre, l'infirmier me demande si j'ai des questions, des interrogations. Sur le moment, je n'ai pas de questions, j'ai l'impression d'avoir vécu une épreuve. Ce sentiment de faire un lien avec mon proche est très fort mais je ne sais pas l'expliquer. Le dossier étant dans les mains de l'infirmier, il me propose de le lire plus en profondeur pour pouvoir optimiser la prise en soin, et pouvoir réaliser un recueil de données exhaustif. Ce dossier, je le lis, je le relis. Pourtant au bout de deux lectures, j'ai l'impression de n'avoir rien retenu mis à part « tumeur maligne du pancréas ». Ces mots résonnent en moi tout au long de la lecture. C'est comme si je m'étais bloquée sur ce diagnostic. Je décide de fermer ce dossier et de rejoindre de nouveau l'infirmier. J'ai l'impression de ne plus être en capacité de réfléchir. Le soir en rentrant chez moi, je me pose beaucoup de questions. Je suis touchée par cette patiente et par sa situation, je me sens être différente avec elle, est ce qu'elle le ressent? Et est ce que je le serai aussi avec son entourage?

Je sais que le diagnostic de la patiente est pessimiste, si cela n'avait pas été le cas, mes émotions et mon attitude auraient-elles été les mêmes ? Je m'interroge également sur la relation soignant-soigné, sera-t-elle modifiée par mes émotions ? De plus, dois-je verbaliser tout cela avec l'équipe soignante du service ?

En troisième année, une nouvelle situation de stage fait écho à celle rencontrée l'année précédente, je me questionne une fois de plus sur les émotions et leur gestion dans le prendre soin. Cette deuxième situation vécue s'est déroulée dans le service de réanimation chirurgicale.

Situation d'appel n°2 :

Étant en stage en réanimation chirurgicale, je prends en soin un jeune patient de 21 ans, qui a eu un accident de la route ayant provoqué une tétraplégie qui lui sera irréversible. Le matin, lorsque l'équipe de nuit nous fait les transmissions je suis d'emblée touchée par la situation de ce patient. Il est jeune et a quasiment le même âge que moi, je m'identifie à lui.

Ce jour-là, je prends en soin ce patient, je veux instaurer auprès de lui une relation de qualité pour pouvoir l'accompagner au mieux durant cette hospitalisation en réanimation. La matinée se passe plutôt bien, j'ai l'impression de commencer à créer cette relation soignant-soigné de qualité. À la fin de cette matinée, le patient me dit « je n'ai que 21 ans, je ne pourrai plus jamais bouger mes jambes et mes bras, qu'est ce que je vais faire de ma vie ? ». Ses propos me touchent et j'ai du mal à cacher mes émotions. Ce qu'il dit me rend triste et je ne sais pas comment réagir, je ne sais pas quoi lui répondre et il me semble impossible de pouvoir le rassurer. Je me sens démunie face à cette situation. Je ressors de la chambre sans vraiment avoir pu le rassurer. J'évoque auprès de l'équipe les propos qu'il m'a tenu sans dire que cela m'a touché et déstabilisé. Je m'identifie encore une fois à lui et cela me rend triste.

Plus tard dans la journée, je me pose plusieurs questions : Est ce qu'il est normal de ressentir de la tristesse face à la situation d'un patient ? Est-ce que j'aurai dû essayer de contrôler mes émotions ? Est-ce que j'aurai dû parler de mes ressentis à l'équipe ? Si oui, pourquoi est-ce que je ne l'ai pas fait ? Est-ce que cette émotion ressentie aura un impact sur mon prendre soin auprès de ce patient ? Cet impact sera-t-il positif ou négatif ?

Les différents questionnements qui font suite aux deux situations vécues m'ont conduit à ma question de départ qui est :

Dans quelles mesures, la gestion des émotions de l'IDE influe sur le prendre soin d'un patient hospitalisé ?

Chapitre 1 : Le cadre théorique

1. Le prendre soin

Dans un premier temps la définition du prendre soin va être étudiée, ensuite les concepts d'accompagnement et de relation soignant-soigné seront eux aussi explorés.

1.1. Définitions

D'après Vigil-Ripoche M.A « le concept de « prendre soin » tire son origine de la langue anglaise, en particulier du mot « care », ce mot a deux sens, d'abord celui d'une attitude particulière et responsable dans une relation de soin, ensuite celui d'une action de soin » (2011, p.6). Pour définir davantage le prendre soin, Paris A. énonce le fait que « 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. » (2010, p.14). Un complément de définition peut être apporté par Brugère F. pour qui le prendre soin serait une activité de soutien, mais aussi d'accompagnement dans la vie. Elle permettrait à cette vie d'être maintenue, développée ou réparée (2014, p.58).

Dans leur article Favetta V. et Feuillebois-Martinez B. citent Molinier P., qui a le propos suivant : « Avant d'être une éthique, le care est un travail. Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. » (Molinier P. cité par Favetta V. et Feuillebois-Martinez B, 2011, p.63)

Dans la définition du prendre soin évoquée précédemment par Brugère F., la notion d'accompagnement apparaît, je vais donc maintenant éclaircir ce concept qui semble être fondamental dans le prendre soin.

1.2. L'accompagnement

L'accompagnement est « la volonté de créer du lien entre les personnes » (d'après Le Bouedec G. cité par Guyon C., Lépinau A., Nègre C. et Vanegas M., 2015, p.20), c'est également une démarche qui favorise et encourage le changement de la personne accompagnée (d'après Emmenecker AP. et Raval S. cité par Guyon C., Lépinau A., Nègre C. et Vanegas M., 2015, p.20). Enfin, d'après M. Paul, l'accompagnement peut se définir comme "se joindre à quelqu'un / pour aller où il va / en même temps que lui" (cité par B. Birmelé, 2018, p.49)

Dans l'accompagnement, la personne qui accompagne a un rôle très important. C'est une personne qui va devoir « prendre en compte la motivation des personnes, qui aide à construire, à trouver le chemin » tout en « prenant en compte le rythme, les possibilités de la personne et le cadre de la pratique » (2015, p.21). S'ajoute à cela toute la dimension de l'écoute, de la capacité de l'accompagnateur à avoir une posture qui puisse aider la personne accompagnée dans son cheminement. (2018, p.50)

De plus, d'après Berger C., Fenies E. et Pizot MC. « tous les professionnels ont leur place dans l'accompagnement du patient, des proches, des personnes en situation de vulnérabilité. Et l'interdisciplinarité est indispensable. » (cité par Birmelé B., 2018, p.51).

Lors du prendre soin et plus particulièrement de l'accompagnement une relation est présente entre le soignant et le patient. C'est pour cela que je vais maintenant étudier le concept de la relation soignant soigné.

1.3. La relation soignant-soigné

D'après le dictionnaire Larousse en ligne, le soignant est une « personne qui donne des soins à quelqu'un » (Soignant. s.d.).

Toujours d'après le dictionnaire Larousse en ligne, la personne soignée est une « personne qui reçoit des soins » (Soigné s.d.). Pour apporter un complément à cette définition, le dictionnaire des soins infirmiers à une définition très ressemblante de la personne soignée cependant, elle ajoute une précision sur la personne recevant les soins. En effet, d'après ce dictionnaire la personne soignée est une personne ayant une problématique de santé. (2009, p.37)

Le soigné est dans le cadre de ce mémoire associé au patient hospitalisé. Le terme de patient est défini ainsi par le dictionnaire Larousse : « personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ». (Patient. s.d.)

Pour définir la notion de relation, Formarier M. cite Hartup W.W. qui dit que « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifique ». Pour lui, on peut « définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien » (Hartup W.W. cité par Formarier M, 2009, p.37). Formarier M. ajoute à la définition précédente qu'il est nécessaire de « considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement » (2009, p.34).

Il existe différentes relations entre le soignant et le soigné d'après Formarier M. Lesquelles seraient : la relation de civilité, la relation de soin, d'empathie, de confiance, d'aide psychologique, thérapeutique, de soutien social ou encore éducative (2009, p. 37 à 41).

Le prendre soin, l'accompagnement d'un patient incluent forcément une relation soignant-soigné, c'est à dire une relation entre le patient et le soignant. Cette relation implique des émotions, je vais donc maintenant m'intéresser à l'émotion en définissant ce terme dans un premier temps, pour ensuite tenter de comprendre les fonctions de cette dernière. Enfin , je vais m'intéresser aux compétences émotionnelles.

2. Les émotions

2.1. Définitions

L'émotion est un concept difficile à appréhender, Fehr F. et Roussel S. cité par Fischer R. écrivaient « chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande de la définir. La plus personne ne sait. » (2005, p.18). Cependant, différentes définitions peuvent être données à l'émotion. D'après le dictionnaire Larousse en ligne , l'émotion est « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement » (émotion, s.d.). D'après Fisher R. et Shapiro D. « une émotion est une expérience ressentie. On éprouve une émotion; on ne la pense pas » (2005, p.18)

Parmi les réactions affectives évoquées dans la définition du Larousse, six peuvent d'après Ekman.P être considérées comme primaires. Il s'agit de la joie, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût et la surprise. Les autres émotions telles que la fierté, l'espoir, la frustration, etc. sont elles considérées comme des émotions secondaires ou d'arrière plan. (cité par Belzung C. 2007, p.18)

La joie est une émotion provoquant du plaisir. Elle peut avoir des points positifs comme permettre de prendre de « meilleures décisions » mais également des points négatifs tel que « enfermer l'individu dans son ressenti égoïste et le couper du monde et du réel ». Malgré cela la joie reste est une émotion positive qui est attendue par la plupart des individus. (Lainé C., Roy E., 2004, p.24)

La peur se présente à nous dans tous les moments de la vie, tant au niveau personnel que professionnel. C'est « est une émotion choc, provoquée par la prise de conscience d'un danger présent et pressant qui menace notre conservation » (Delumeau J. cité par Laurent S., 2006, p.72)

La tristesse est « l'état de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction », toujours selon le dictionnaire Larousse en ligne. (Tristesse. s.d.)

La colère « suppose pour se déclencher un moment intellectuel, c'est une émotion qui prend son origine dans le danger ressenti par l'individu. Le danger pouvant être interne ou externe, réel ou imaginaire » (Mercadier C., 2002, p.56)

Le dégoût est d'après le dictionnaire Larousse en ligne 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 » (Dégout. s.d.)

La surprise est « l'état de quelqu'un qui est frappé par quelque chose d'inattendu » d'après le dictionnaire le Larousse en ligne (Surprise. s.d.)

L'émotion s'exprime par la gestuelle c'est à dire par des postures, des mimiques. Il peut parfois y avoir des modifications physiologiques lorsque l'on parle d'émotions. En effet, une personne soumise à une émotion peut rougir, pâlir. Elle est par son expression à différencier du sentiment qui est plus facilement exprimé par le langage. (Mercadier C., 2002, p.24)

D'après Mercadier C., les émotions peuvent avoir différentes dominantes, il peut s'agir par exemple d'une dominante physiologique comme c'est le cas pour le dégoût. Mais elles peuvent également avoir une dominante intellectuelle et cognitive pour la colère. En effet, comme dit précédemment, la colère « suppose pour se déclencher un moment intellectuel », une prise de conscience quant à l'atteinte qui a pu être commise (2002, p.56).

Certaines émotions permettent un sentiment d'élévation, il peut s'agir des émotions de fierté, d'espoir ou de soulagement . En effet, ce sont des émotions positives et plaisantes. Contrairement à ces émotions positives, il existe des émotions qui sont pénibles, telle que la colère, la frustration. Les émotions positives sont davantage créatrices de liens que peuvent l'être les émotions négatives (Fischer R., 2005, p.18-19).

Après avoir étudié la définition qui pouvait être donnée de l'émotion, je vais m'intéresser à ses fonctions.

2.2. Les fonctions

D'après Dantzer R, les émotions ont plusieurs fonctions. Tout d'abord, elles permettent aux individus de pouvoir s'adapter à différentes situations données : « il s'agit de processus adaptatifs, favorisant la survie de l'individu et de l'espèce ». Ensuite, elles jouent un rôle organisateur car « il est difficile de trouver plus fondamental que la dichotomie agréable-désagréable ou bénéfique-nocif. Cette catégorisation motive et oriente l'action ». Enfin, « une autre fonction importante des émotions est représentée par la valeur du signal. En utilisant la posture, l'expression faciale, la gestualité et l'expression vocale de ceux qui m'entourent, je peux avoir accès à leurs états émotionnels » (2002, p.8).

D'après Clore, Gaspar et Garvin l'émotion est source d'information "TOUJOURS porteuse d'un message" (cité par Mikolajczak M., Quidbach J., Kotsou I. et Nélis D, 2014, p.18). De plus, l'émotion sera facilitatrice de la mise en action, elle s'avère être comme « un guide de

comportement, dont l'objectif est de permettre à l'individu d'agir vite et bien ». Ensuite, l'émotion est un support sur lequel l'individu se base pour prendre des décisions. Enfin, l'émotion sera essentielle à l'adaptation (2014, p.18 à 23).

Je vais maintenant m'intéresser comme annoncé précédemment, aux compétences émotionnelles.

2.3. Les compétences émotionnelles

Les compétences émotionnelles sont « la capacité à identifier, comprendre, exprimer, utiliser et réguler ses émotions et celles d'autrui » (Mikolajczak M., 2014, p.3). Elles jouent un rôle dans de nombreuses dynamiques de la vie, en effet elles ont un rôle dans « la santé mentale, la santé physique, la performance au travail et les relations sociales » (2014, p.4).

Les compétences émotionnelles sont composées de deux versants, le versant de l'intelligence intrapersonnelle qui s'identifie par « la connaissance introspective de soi : le sentiment d'être vivant, l'expérience de ses émotions, la capacité à les différencier puis à les nommer, à en tirer les ressources pour comprendre et orienter son comportement ». (Gardner cité par Mikolajczak M., 2014, p.5) et le versant de l'interpersonnelle : « la capacité à repérer ce qui distingue les individus, et en particulier les différences d'humeur, de tempérament, et motivation et d'intention », elle permet « de déceler les projets et désirs de l'autre, même s'ils sont dissimulés » (Allen R. et Brosigole L., 1993, p.38-39).

Toujours d'après Mikolajczak M. Il existe plusieurs modèles en lien avec les compétences émotionnelles. Selon ces modèles, le nombre et la nature de ces compétences peuvent être différents. Il existe, en lien avec la définition précédente cinq compétences de base qui sont l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation, l'utilisation (2014, p.7)

L'identification : la personne est capable d'identifier ses propres émotions mais aussi celle de l'autre. (2014, p.7)

La compréhension est la capacité de comprendre les causes et conséquences de ses émotions et de celle d'autrui (2014, p.7)

L'expression : la personne est capable d'exprimer ses émotions de façon socialement acceptable et elle est en capacité de permettre à autrui de faire de même (2014, p.7)

La régulation : les individus sont capables de gérer leur stress et celui d'autrui ainsi que les émotions de part et d'autre si celles ci sont inadaptées aux circonstances (2014, p.7).

L'utilisation : les individus utilisent leurs émotions et celles des autres pour accroître leur efficacité (2014, p.7).

J'ai vu dans cette partie que les émotions font parties du quotidien de tous les individus. Qu'elles ont des fonctions et un impact sur la vie de chacun. J'ai également pu voir que chaque personne est dotée de compétences émotionnelles qui lui sont propre.

Je vais maintenant essayer de comprendre ce que chacun d'entre nous fait de ses émotions, et plus particulièrement pour les soignants.

3. La gestion des émotions du soignant : les mécanismes d'adaptation

D'après Mercadier C., il existe parfois un partage d'identité entre patient et soignant, il peut s'agir de l'âge, de la profession, du lieu d'habitation. Ce sont autant de similarités qui peuvent influencer les émotions du soignant (2002, p.63). Dans ce cadre, la mise en place de mécanismes de défense ou d'adaptation est nécessaire. Le processus de maîtrise des émotions est d'ailleurs « intériorisé par le soignant lors de sa socialisation professionnelle » (2002, p.213)

3.1. Les mécanismes de défense

D'après Lhote C. les mécanismes de défense sont de l'ordre de la réaction spontanée, involontaire. Ces derniers permettent d'atténuer ou de faire disparaître des émotions telle que la peur, la colère qui sont étiquetées comme « des dangers internes ou externes, réels ou imaginaires » (2000, p.10). Pour pouvoir répondre de façon légitimes à ces émotions, des mécanismes de défense sont mis en place. Ils permettront de maintenir un équilibre émotionnel, notamment chez le soignant (2000, p.13).

D'après Chabrol H. les individus mobilisent différents types d'opérations mentales pour « faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur » dont les mécanismes de défense qui sont des processus mentales automatiques (2005, p.32).

D'après Lhote C. plusieurs mécanismes de défense s'avèrent être dominants chez le soignant. Tout d'abord, l'activisme qui est un mécanisme de défense se manifestant par la fuite dans un travail qui prend du temps. Ensuite, il existe l'isolation ; le soignant masquera toute expression, on pourra parler de « sorte d'anesthésie affective ». Ensuite, l'intellectualisation fait parti de ces mécanismes de défense. Dans ce cas, le soignant aura recours au discours savant de façon à ce que le patient ne puisse pas s'exprimer sur ce qui a été dit puisqu'il n'aura pas compris. Enfin, l'un des derniers mécanisme de défense des soignants selon cet auteur est l'évitement. Il consiste à orienter de façon différente une conversation qui pourrait être embarrassante pour le soignant (2000, p.10-13).

Chabrol H. identifie des mécanismes de défense différents telle que l'humour, la sublimation, l'anticipation, le refoulement, la dissociation, l'idéalisation, le déni, la projection, le transfert ou encore l'identification projective (2005, p. 34-38). Cependant il faut relever que pour cet auteur, " il n'existe pas de consensus sur le nombre de mécanismes de défense qui est très variable" (2005, p.33).

Au delà des mécanismes de défenses qui sont involontaires comme nous venons de le voir, il existe également des mécanismes d'adaptation conscients appelés coping. Nous allons maintenant étudier ce concept.

3.2. Le coping

Lazarus R. et Folkman S. sont deux psychologues qui ont défini le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (mis en oeuvre) pour gérer des demandes externes et/ou internes spécifiques qui sont évaluées comme menaçantes ou excédents les ressources de la personne » (cité par Sander D. et Scheder K.R. 2009, p.298).

Le concept de « coping », correspond à des défenses volontaires. Cette notion est différenciée par rapport à celle du mécanisme de défense. En effet, il sera privilégié le terme de stratégie d'adaptation à celui de mécanisme notamment pour relever la dynamique volontaire du coping. Le coping est centré sur l'émotion où le soignant tentera d'agir sur sa propre personne « en modifiant sa façon d'aborder le problème » (2002, p.12).

D'après plusieurs auteurs, le coping est à différencier des mécanismes de défense car il est considéré comme « conscient, volontaire, flexible, comportementale, orienté vers l'adaptation positive à la réalité externe, et lié à la santé mentale et au bien être » (Chabrol et Callahan cité par Sander D. et Scheder K.R. 2009. p263).

Les mécanismes de défense et le coping sont nécessaires à la gestion des émotions de chaque individu. Au delà de ces deux stratégies d'adaptation il existe également la notion de travail émotionnel que je vais traiter dès maintenant.

3.3. Le travail émotionnel

Hochschild A.R. est la sociologue à l'origine du concept du travail émotionnel. Elle le définit par « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (2003, p.35). Soares A. est un auteur considérant que ce travail émotionnel passe par « la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions, ainsi que celles d'autrui »

Ce même auteur pense que le travail émotionnel s'avère nécessaire puisque "certaines règles (...) dictent le type d'émotion requis et approprié dans chaque interaction, dans chaque rôle" (2003, p. 10). Il illustre son propos en disant « maintes fois au travail, il est prescrit de sourire même si l'on en n'a pas envie". (2003, p.11)

Mercadier C s'est également intéressé au travail émotionnel et elle dit quese fait sur plusieurs temps, tout d'abord "au coeur de l'interaction et à distance de celle ci". (2002, p. 213)

Chapitre 2 : L'entretien semi-directif

1. Le dispositif méthodologique

Dans le but de compléter la partie théorique de mon mémoire, je réalise deux entretiens semi-directifs auprès de deux professionnelles exerçant toujours la profession d'IDE. Afin de mener à bien ces entretiens semi-directifs, j'ai choisi d'interroger deux professionnelles ayant des expériences différentes et exerçant également dans des services différents. Le fait de réaliser des entretiens semi-directifs permet aux professionnelles de répondre de façon approfondie aux différentes questions et cela me permettra de réaliser une analyse comparative par la suite. Lorsque je réalise ces entretiens, je m'appuie sur le guide d'entretien réalisé au préalable. Ce dernier me permet d'avoir un fil conducteur sur lequel m'appuyer, il comporte également des questions de relance qui pourront davantage préciser les questions si besoin, et interagir avec plus de facilité.

La première IDE que j'interroge est diplômée depuis 13 ans. Elle a exercé dans une EHPAD pendant quelques années et exerce actuellement dans le service de médecine, SSR d'un centre hospitalier de proximité. Lorsque je réalise l'entretien, je tutoie l'infirmière puisqu'elle me connaît .

La deuxième IDE interrogée est diplômée depuis 11 ans et exerce en hématologie au sein du CHU de Rennes depuis l'obtention de son diplôme.

Le fait d'interroger deux professionnelles n'exerçant pas dans le même hôpital me permettra de constater ou non une différence de moyens mis en place par les établissements auxquels elles appartiennent. De plus, j'ai décidé de mener mon entretien auprès de professionnelles exerçant dans des services différents et où la difficulté émotionnelle semble différente au premier abord. Ces entretiens me permettront de confirmer ou non cette hypothèse.

Les entretiens sont menés de façon individuelle et dans une pièce fermée et calme pour favoriser la concentration du professionnel qui répondra à mon entretien. Les entretiens seront enregistrés avec mon portable après avoir eu l'accord des deux infirmières, ils seront supprimés lorsque la transcription sera faite.

2. Le guide d'entretien

- Pour vous prendre soin d'un patient c'est quoi?
 - Définition
 - Valeurs
 - Attitudes

- Pour vous qu'est ce qu'une émotion?
 - Définition
 - Rôle et place

- Pouvez vous m'évoquer une prise en soin qui vous a marquée ou touchée?

- Vous travaillez en médecine SSR ou hématologie, vous pouvez être confrontés de ce fait à des maladies graves, des pronostics parfois difficiles, à des prises en soin sur du long terme, comment vivez vous cela au quotidien ?
 - Qu'est ce qui peut être difficile dans ces prises en charges difficiles?
 - Qu'est ce qui peut être aidant dans ces prises en charges difficiles ?
 - Qu'est ce qui peut être ressource dans ces prises en charges difficiles?

- Concrètement comment gérez vous les émotions générées vis-à-vis de ces situations difficiles ?
 - Est-ce qu'il y a des moyens mis en place dans le service ? des rituels?
 - Que faites vous quand vous sentez que vos émotions peuvent influencer votre prendre soin?

- Dans votre pratique au quotidien, face à ces situations qu'est ce qu'il vous manque ou de quoi auriez vous besoin?

3. Bilan du dispositif (points forts, limites)

L'entretien semi directif, que j'ai réalisé, a eu pour atout de permettre aux deux professionnelles de pouvoir développer leurs idées, leurs points de vue de façon approfondie. Il a aussi permis d'orienter les réponses sans pour autant être trop restrictif sur la possibilité de réponse apportée. Cet entretien a cependant eu des limites, il a par exemple été nécessaire de préciser une question auprès d'une des infirmières interrogées puisque la question n'était pas assez précise et elle ne savait pas vraiment la réponse que j'attendais.

Chapitre 3 : L'analyse des entretiens et la discussion

1. L'analyse descriptive

1.1. Le prendre soin

1.1.1. Définitions

Les deux infirmières interrogées ont donné une définition différente mais complémentaire du prendre soin. D'après la première infirmière, le prendre soin se rapporterait à la notion de *care* qu'elle définit par le fait de "se soucier de l'autre, faire attention à lui". Pour elle, c'est également s'occuper des personnes et "leur apporter du réconfort". Pour la deuxième infirmière interrogée, prendre soin d'un patient est large. Néanmoins, elle explique qu'il y a un côté très technique lorsque l'on est jeune diplômé, le prendre soin du patient s'orientera également vers le côté relationnel lorsque l'infirmier sera plus à l'aise.

Les deux infirmières s'accordent à dire que prendre soin c'est pouvoir se centrer sur le patient. En effet, d'après la première infirmière il faut "mettre (le patient) au centre de mes actions de soins", et pour la deuxième infirmière prendre soin "c'est pouvoir se centrer complètement sur le patient".

L'empathie et l'écoute sont deux valeurs qui correspondent au prendre soin d'après les deux infirmières. Par exemple, la première infirmière dit "pour prendre soin il faut pouvoir être à l'écoute de l'autre". La deuxième ajoute que la patience, la rigueur ainsi que la responsabilité correspondent également au prendre soin. De son côté, la première infirmière évoque la disponibilité.

Lorsque les deux infirmières ont défini le prendre soin, elles ont également évoqué ses limites.

1.1.2. Les limites

D'après la première infirmière, il existe des limites au prendre soin, il s'agit du déni du patient qui pour elle est une chose difficile à appréhender : "le déni face à une pathologie est difficile". De plus, elle évoque la douleur du patient comme limite au prendre soin. Enfin, dans les valeurs du prendre soin, cette infirmière énonçait la disponibilité, le manque de temps est donc pour elle une limite du prendre soin; "je pense que l'on manque de temps (...) notamment pour les prises en charges palliatives".

La première infirmière a utilisé le mot « difficile » à plusieurs reprises dans l'entretien, six fois exactement. Ce mot fait parti d'un registre très évocateur des limites du prendre soin. De son côté, la deuxième infirmière parle de situations complexes et compliquées.

Aujourd'hui, pour ces deux infirmières, il semble parfois difficile de prendre soin des patients comme elles le voudraient ou comme elles l'avaient imaginé, cela pouvant donc créer des émotions. C'est pour cela que je les ai ensuite interrogées sur les émotions et la définition qu'elles pouvaient en donner.

1.2. Les émotions

1.2.1. Définitions

J'ai donc interrogé les deux infirmières sur ce qu'était une émotion pour elles. Pour la première, "c'est un ressenti très personnel par rapport à une situation vécue. Il existe plusieurs émotions, la joie, la colère, la tristesse". Pour la deuxième, une émotion est "positive ou négative". Cette dernière ajoute que l'émotion "est quelque chose qui n'est pas forcément contrôlable (...) et non prévu face à une situation peut-être particulière". Ici, on remarque que pour les deux infirmières, l'émotion est provoquée par un événement, qu'il s'agisse d'une situation vécue pour la première ou d'une situation particulière pour la deuxième.

Lors de l'entretien, la deuxième infirmière aura précisée que les émotions "ont une place quotidienne" et qu'elles permettent de "donner le meilleur de nous même".

Ensuite, lors des deux entretiens, je les ai interrogées sur la gestion qu'elles pouvaient faire de leurs propres émotions.

1.2.2. La gestion

1.2.2.1. Les mécanismes de défense

Pour gérer leurs émotions, les infirmières interrogées utilisent différents mécanismes de défense mais également différentes ressources.

Les deux infirmières ont pu utiliser la notion de transfert. En effet, la première infirmière évoque "le transfert... je me suis beaucoup identifiée à cette patiente". Tandis que la deuxième infirmière évoque "(une patiente) qui avait mon âge (...) qui avait deux enfants comme moi".

De son côté, la deuxième infirmière a également évoqué une situation lors de l'entretien "celle qui m'a le plus marquée (la situation) et où je me dis maintenant je ne réagirai plus comme ça", ici, l'infirmière a utilisé la projection. De plus, quand elle évoque une autre situation elle dit "je m'étais projetée ou identifiée à cette personne"

1.2.2.2. Les ressources

Pour gérer leurs émotions les deux infirmières interrogées ont évoqué plusieurs ressources. Il peut s'agir du patient et de ses proches, des collègues, des psychologues, des moments d'échanges entre équipe mais il peut aussi s'agir de ressources organisationnelles ou personnelles.

Le patient peut être ressource dans le cadre de la gestion des émotions d'après la première infirmière. Cette dernière dit "les patients et leur famille peuvent être aidants. C'est la relation de confiance qui a été créée qui nous aide".

Ensuite, les deux infirmières interrogées s'accordent à dire que les collègues peuvent être ressources. La première infirmière dit "j'échange beaucoup avec mes collègues". La deuxième dit également qu'elle peut aller voir ses collègues en cas de besoin, et en lien avec une situation émotionnelle vécue.

Les psychologues seraient aussi des ressources d'après les deux infirmières. La première infirmière interrogée évoque la "possibilité de voir un psychologue". La deuxième infirmière quant à elle m'a expliqué que "tous les mardis il y a un psychologue qui vient dans les secteurs", elle a ajouté que les soignants pouvaient aller voir le psychologue de façon informelle. Ici, on remarque que dans le cas de la première infirmière, aucun moment formel n'est prévu pour rencontrer le psychologue contrairement au cas de la deuxième infirmière où un temps défini est organisé chaque semaine.

Les moments d'échanges sont pour les deux infirmières des ressources émotionnelles. La première infirmière a expliqué qu'il existait des "moments d'échange sur le cas des patients" ainsi que des "moments où le ressenti des équipes est écouté et pris en compte". La deuxième explique que dans le service dans lequel elle travaille il y a un moment prévu chaque mois où les situations difficiles sont rapportées par les équipes.

Une ressource supplémentaire est celle qui est personnelle. Chacune des deux infirmières l'évoque. Pour la première infirmière "les activités extérieures sont aussi importantes et permettent d'avoir la prise de recul nécessaire".

La deuxième infirmière est la seule à évoquer la ressource organisationnelle. En effet, elle dit "j'ai cette chance de faire déjà les trois secteurs : hôpital de jour, conventionnel et stérile et d'avoir la particularité d'avoir 40 % de mon temps pour de l'hypnose, je ne fais donc que

60% de soins”. D’après ses propos, cela lui permettrait “de prendre du recul sur des situations et de peut-être ne pas vivre avec ces situations en continu (...) si le patient décède j’aurai peut-être plus de recul que mes collègues, peut-être.”

Il existe par ailleurs, des accompagnements qui peuvent être particuliers, différents. Dans le cadre de ces accompagnements, des ressources peuvent apparaître et s’ajouter à celle rencontrées d’ordinaire. La première infirmière a alors évoqué “l’intervention de l’équipe mobile de soins palliatifs”. Tandis que la deuxième infirmière s’est exprimée sur une situation très particulière en lien avec une collègue décédée dans le service. Lors de cette période, de nouvelles choses ont été mises en place, cela a été ressource : “un point était fait tous les trois jours pour savoir où en était l’équipe. Voilà on était accompagnés”.

Une dernière ressource qui a pu être évoquée par la deuxième infirmière lors de l’entretien et celle des compétences personnelles acquises ; “je fais de l’auto-hypnose donc j’arrive à faire les choses”.

Au delà des ressources, les deux infirmières évoquent également des difficultés à la gestion de leurs émotions.

1.2.2.3.Les difficultés

Les collègues pourraient créer une difficulté d’après la deuxième infirmière en lien avec la peur de l’image que l’on pourrait leur renvoyer. En effet elle dit “ on a pas envie de se mettre à nu devant nos collègues, on n’a pas envie de montrer nos faiblesses, on n’a pas envie que les gens se servent de ça après”. La première infirmière quant à elle trouve que la difficulté émotionnelle proviendrait de la douleur du patient. Elle dit alors “c’était une patiente très douloureuse, il était très difficile de la soulager, c’était pour moi difficile à gérer émotionnellement “.

Ici, je viens donc de voir qu’il existe des ressources mais également des difficultés pour gérer ses émotions. Je vais donc voir le vécu émotionnel qui peut en ressortir.

1.2.2.4.Le vécu émotionnel et la distanciation professionnelle

Les infirmières interrogées lors de l’entretien vivent différemment avec leurs émotions.

La première infirmière pense que chaque personne est différente et que chacun gère ses émotions également de façon différente, en effet elle dit : “Je pense qu’on est tous différents et qu’on gère tous nos émotions de façon différente”. Pour elle, l’essentiel est que chacun puisse trouver un juste équilibre. Cependant lorsqu’elle évoque son vécu émotionnel, elle

emploie le mot “supporter”. Ce mot signifiant d'après le Dictionnaire Larousse “Assumer une charge, une obligation. Subir quelque chose en y résistant, en faisant face” (supporter. s.d.).

La deuxième infirmière semble évoquer une difficulté en lien avec son vécu émotionnel, elle dit d'ailleurs “se protéger c'est pas toujours facile”, “il y a avait beaucoup d'émotions et alors qu'on arrivait à canaliser ou pas” et “je me vois pleurer (...) impossible de me contrôler”.

Ensuite, les deux infirmières évoquent une certaine nuance dans leur vécu émotionnel en fonction des situations. La première infirmière dit “ les prises en charge palliatives sont particulièrement éprouvantes” et la deuxième dit “ il y a toujours des histoires plus ou moins touchantes”, “des gens qui nous touchent plus que d'autres” ou encore “il y a des situations où on est plus bouleversée ”.

Lors de l'entretien réalisé auprès de la deuxième infirmière, il semblerait que son vécu émotionnel ait un impact sur sa posture ainsi que sa distanciation professionnelle. En effet cette dernière dit “je fais de la programmation donc parfois ça met une certaine distance”. L'infirmière utilise le mot “parfois”; cela donne l'impression que dans certaines situations cette distance est difficile à mettre en place. De plus, elle ajoute “si le patient décède j'aurai peut-être plus de recul que les collègues, peut-être”, ici elle utilise le mot “peut-être” à deux reprises. D'après le Dictionnaire Larousse le mot “peut-être” signifie “marque la probabilité, l'éventualité, la vraisemblance, la possibilité” (Peut-être. s.d.). Cela marque donc la possibilité d'un recul plus important mais ce n'est pas une obligation ou une évidence. Ensuite, lorsque j'ai abordé auprès d'elle un possible lien d'attache avec les patients elle m'a répondu que l'attachement était un mot très fort et qu'elle ne se sentait aujourd'hui pas attachée aux patients, elle a cependant pu évoquer que dans les années passées cela avait pu être le cas puisque qu'elle dit “peut-être que je l'ai fait quand j'étais jeune infirmière mais (...) je ne me trouve plus attachée aux patients”. De plus, elle a évoqué à plusieurs reprises ses collègues : “peut-être plus de recul que les collègues”, “j'ai des collègues, on voit bien qui sont peut-être je sais pas si on peut dire fragile, mais on sent que oui elles sont attachées”. On voit dans cette phrase que l'infirmière fait un lien entre attachement et fragilité. L'attachement renvoie pour elle à une certaine vulnérabilité du soignant. Enfin, elle dit : “parfois elles ont besoin d'exprimer des choses sur des situations compliquées et complexes qu'elles ont vécues”; ici elle parle de la situation de ses collègues sans réellement parler de sa propre situation, comme si elle voulait par ses mots mettre cette distance professionnelle.

Ensuite, je me suis interrogée sur les possibles besoins des professionnels pour pouvoir les aider dans cette gestion de l'émotion qui peut parfois être difficile, compliquée.

1.2.2.5. Les besoins des professionnels

Lorsque j'ai interrogé les deux infirmières sur leurs besoins pour faire face aux situations difficiles, la première infirmière m'a dit qu'elle aurait besoin de temps supplémentaire et de moyens " je pense que l'on manque de moyens, de temps... nous manquons vraiment de temps, notamment pour les prises en soins palliatives". L'autre infirmière interrogée a plutôt pensé à différents temps qui seraient prévus pour prendre soin des soignants, elle dit "peut-être des ateliers de méditations (...) ou du massage, un truc de détente quoi." ou encore "un vrai temps peut-être corporel ou mental". Selon cette dernière, répondre aux différents besoins des soignants pourrait éventuellement éviter l'épuisement professionnel, elle dit "éviter justement ce qu'on appelle l'épuisement professionnel".

2. L'analyse interprétative et la discussion

2.1. Le prendre soin

Lors de mes entretiens, les deux infirmières ont défini le prendre soin comme l'attention portée à l'autre, mais également par l'idée de "se soucier de l'autre, faire attention à lui". De plus, la deuxième infirmière expliquait que dans le prendre soin il y a une partie technique et une partie relationnelle. L'auteur Vigil-Ripoche M.A. semble être en accord avec le propos des deux professionnelles puisqu'il dit dans l'un de ses ouvrages que le prendre soin est un concept à deux sens, celui d'une attitude particulière mais aussi celui d'une action de soin. Molinier P. apporte une nuance dans sa définition du prendre soin par rapport aux deux infirmières. En effet, pour lui le prendre soin ce n'est pas penser à l'autre ou se soucier de lui de façon intellectuelle ou affective dans une première intention, mais plutôt faire quelque chose, c'est à dire faire une action qui permettra le maintien de la vie.

Pour ma part, je pense également que le prendre soin est un concept à deux sens avec une partie répondant à des soins techniques et une autre aux soins relationnels. Cependant, j'ai tendance à croire que pour réaliser un soin relationnel de qualité il faut pouvoir être à l'aise avec la technique pour pouvoir l'oublier et être plus centré sur la parole du patient et son accompagnement. Cela revient à être en accord avec la deuxième infirmière disant que le prendre soin "correspond à la prescription médicale puis après quand on est peut-être être plus à l'aise avec les soins, le côté plus relationnel". Le prendre soin est donc pour moi une alliance entre le soin technique et le soin relationnel.

Je rajouterai une citation de Hesbeen W. qui pour moi définit parfaitement le prendre soin : "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".

L'accompagnement est une dynamique du prendre soin. Brugère F. dit d'ailleurs que le prendre soin est une activité de soutien, d'accompagnement dans la vie. Les deux infirmières interrogées n'ont pas utilisé le mot accompagnement à proprement parlé lorsqu'elles ont défini le prendre soin. Cependant, lorsqu'elles ont évoqué les qualités nécessaires à ce dernier, l'une d'entre elles a évoqué des mots pouvant se rapprocher d'une qualité nécessaire à l'accompagnement puisqu'elle a dit « pour prendre soin il faut pouvoir être à l'écoute de l'autre ». Je dirai donc que l'accompagnement fait parti du prendre soin. Le concept d'accompagnement était à l'origine plus utilisé dans le domaine du médico-social. Mais il commence à se développer et à prendre toute sa place dans le secteur hospitalier depuis quelques années. Par mes expériences, j'ai ressenti la dynamique de l'accompagnement davantage présente dans les services de soins palliatifs ou bien encore dans les services où certains patients sont atteints de pathologies chroniques. Cependant, je pense qu'à ce jour, pour prendre soin, il faut pouvoir accompagner chaque personne, qu'il s'agisse d'un résident (EHPAD, foyer de vie, etc) ou d'un patient qu'il soit hospitalisé ou à domicile, qu'il ait une pathologie aiguë ou chronique.

Le prendre soin nécessite une relation entre deux personnes au moins, provoquant donc nécessairement des émotions, qu'elles soient positives ou bien négatives, conscientes ou inconscientes. Je vais donc maintenant faire une analyse interprétative et discuter le sens de ce terme.

2. Les émotions

D'après le dictionnaire Larousse, l'émotion peut s'apparenter à une réaction affective transitoire qui sera provoquée par une stimulation de l'environnement. Fischer R. et Shapiro D. parlent plutôt d'une expérience ressentie. Les deux infirmières rencontrées donnent une définition se rapprochant de celles données précédemment puisqu'elles définissent l'émotion par un ressenti très personnel en lien avec une situation vécue. L'émotion est d'après l'une d'entre elles non prévue et parfois non contrôlable. On remarque donc que la définition des deux professionnelles de santé apporte la notion d'imprévisibilité. Quant à moi, je m'accorde aux différentes définitions données. En effet, je pense que l'émotion est de l'ordre du ressenti face à une situation. De plus, je pense que l'imprévu d'une situation particulière joue un rôle dans l'émotion ressentie. J'ajouterai également que les émotions sont parfois non prévisibles comme a pu le dire une des infirmières. Cette notion me semble importante puisque pour moi cette donnée de l'émotion inattendue pourra créer une difficulté, notamment dans sa gestion.

Il existe plusieurs émotions, Ekman P dénombre différentes émotions, primaires pour certaines, il s'agit de la joie, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût ou encore de la surprise. L'une des infirmières interrogées a d'ailleurs cité la joie, la colère et la tristesse à titre

d'exemple pour définir l'émotion. Lorsque je pense aux émotions, il me vient tout de suite en tête l'existence d'émotions positives mais aussi négatives. L'une des infirmières interrogées le disait également.

Une des infirmières lors d'un entretien me disait que les émotions avaient pour elle une place et un rôle quotidien. Dantzer R. énonce différents rôles, tout d'abord celui de s'adapter aux différentes situations mais aussi un rôle organisateur qui motivera et orientera les actions de chacun. Clore, Gasper et Garvin ajoute que l'émotion est source d'information qui serait porteuse d'un message. Je pense donc que pour pouvoir tirer les bénéfices des ces différents rôles, il faut dans un premier temps pouvoir repérer et comprendre ses émotions. Cela correspond donc à devoir développer ses compétences émotionnelles. D'après Mikolajczak, les compétences émotionnelles de base sont au nombre de cinq : l'identification, la compréhension, l'utilisation, l'expression ainsi que la régulation. Développer ces compétences émotionnelles est pour moi un outil qui peut permettre aux émotions d'avoir un rôle fondateur qu'ils s'agissent de les mettre à contribution dans la vie professionnelle mais aussi personnelle.

Je vais donc maintenant m'intéresser à la gestion des émotions en lien avec les compétences émotionnelles.

2.3. La gestion des émotions

Gérer ses émotions passe par différents processus. Lhote C. et Chabrol H. ont évoqué dans leurs articles respectifs la notion de mécanisme de défense. Lhote C. les définit par des réactions spontanées et involontaires. Chabrol H. parle quant à lui d'opérations mentales automatiques. Le rôle de ces mécanismes de défense serait de pouvoir créer et maintenir un équilibre émotionnel en faisant disparaître des émotions perçues comme dangers. Lors des entretiens réalisés auprès des deux infirmières, j'ai pu constater qu'elles utilisaient des mécanismes de défenses. L'une d'entre elles m'a par exemple dit "une patiente qui avait mon âge, qui avait deux enfants comme moi ", elle a ici utilisé le transfert ainsi que l'identification. Je pense que les mécanismes de défense sont utilisés par chacun d'entre nous, j'ai notamment pu les utiliser dans les deux situations que j'ai évoquées au début de ce mémoire. En effet, dans la première situation j'ai dit "ce sentiment de faire un lien avec mon proche est très fort", dans la deuxième situation je disais aussi " il est jeune et a quasiment le même âge que moi, je m'identifie à lui ".

Je pense donc que les mécanismes de défense ont une place importante dans la gestion des émotions, mais que ce ne sont pas les seuls à pouvoir aider les soignants dans le maniement de leurs émotions. C'est pour cette raison que, pendant les entretiens auprès

des deux infirmières interrogées, j'ai choisi de leur poser une question à propos des différentes ressources qu'elles peuvent utiliser pour les aider à gérer leurs propres émotions.

Selon les deux infirmières, différents moyens ont été utilisés : à savoir les patients et leurs proches, les collègues, les psychologues du service etc.

Le fait que la première infirmière interrogée cite les patients et leur famille comme une richesse m'a questionnée. En effet, elle dit « Les patients et leurs familles peuvent être aidants. C'est la relation de confiance qui a été créée qui nous aide ». Selon mes expériences, je pense qu'en fonction du lien qui existe entre le patient et le soignant, la personne soignée peut effectivement être une ressource. Je pense que ce lien sera différent en fonction du service d'hospitalisation du patient, d'après moi un patient qui restera sur un long moment dans le même service créera davantage de lien avec les soignants, de même pour les patients qui sont hospitalisés dans le cadre d'une maladie chronique et qui peuvent être connus par exemple . De plus, je trouve qu'il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance et de respect mutuel car si l'infirmier ressent un manque de confiance de la part de patient, cela peut être vecteur d'émotions difficiles à appréhender ou à gérer.

Je suis d'accord avec la première infirmière qui dit que la relation de confiance peut l'aider dans la gestion de ses émotions. Cependant, je pense que la façon dont le soignant s'investit dans la relation peut aussi être une difficulté dans la gestion des émotions.

Le psychologue peut-être une ressource pour les deux infirmières interrogées. Cependant, je constate une différence de moyens mis en place par les deux structures puisqu'en effet dans le service où travaille la première infirmière, il n'y a pas de moment formelle prévu pour rencontrer le psychologue contrairement au cas de la deuxième infirmière. Je pense qu'un moment formelle peut-être davantage ressource dans le cadre de la gestion de ses émotions puisque chaque soignant qui sera présent lors de ce moment aura sans doute pris le temps auparavant de réfléchir aux situations qu'il souhaite évoquer, cependant lorsque ces moments d'échange ne sont pas prévu, alors il faudra faire la démarche d'aller rencontrer le psychologue, ce qui peut s'avérer compliqué en fonction de chaque personne. Certains soignants pourraient ne pas oser aller faire part de leurs ressentis en le jugeant peut être non pertinents.

Ensuite, la deuxième infirmière interrogée a évoqué la ressource organisationnelle. Elle disait « je ne fais donc que 60% de soins (cela) permet de prendre du recul sur des situations et de peut-être ne pas vivre avec ces situations en continu ». J'ai le même avis que cette infirmière et je pense que sortir du « soin » auprès du patient peut-être une ressource et une aide à la prise de recul. Je pense qu'une coupure dans la relation avec le patient et donc avec les émotions provoquées par celle ci permettront un vécu émotionnel différent et peut être moins difficile.

Lors des entretiens réalisés, les deux infirmières interrogées ont évoqué des difficultés à la gestion de leurs émotions. L'une d'entre elle a cité ses collègues : « on a pas envie de se mettre à nu devant nos collègues » ; « pas envie de montrer nos faiblesses » ; « pas envie que les gens se servent de ça ». Ses propos m'ont interpellé, j'ai eu le sentiment qu'elle avait peur d'être jugée et identifiée comme une personne « fragile ». Pourtant il ne me semble pas qu'une personne qui verbalise ses ressentis et émotions soit fragile. Je trouve même cela intéressant. Je pense qu'une personne qui peut en parler est une personne qui a repéré ses émotions et donc développé des compétences émotionnelles : l'identification et l'expression. Ce sont deux compétences qu'a pu développer Mikolajczak M dans l'un de ses ouvrages. Et je pense que c'est une démarche intéressante où le soignant veut faire quelque chose de ses émotions ressenties, il est pour moi déjà dans une démarche d'apprentissage de la compréhension et de l'utilisation de ses émotions. Pourtant, lorsque je compare les propos de cette soignante à mes propres situations d'appel je remarque que je n'avais pas non plus exprimé mes émotions. Est-ce parce que je ne les avais pas remarquées au moment présent ou est-ce que j'avais peur d'être jugée ? Aujourd'hui je pense qu'en institut de formation on nous inculque une culture professionnelle qui veut que les émotions aient une place. Cependant est ce que les équipes sur le terrain ont eu ce même enseignement ? Est-ce qu'ils n'ont pas une représentation qui prendrait le dessus où l'infirmier ne doit rien montrer ? Je m'interroge et je pense que c'est une notion qui mériterait d'être encore un peu plus explorée.

De plus, je pense que certaines difficultés dans la gestion des émotions peuvent provenir de la personnalité de chacun, certaines personnes auront une retenue plus importante quand il s'agira de parler de ses émotions auprès de ses collègues, de son équipe. Il serait pour moi intéressant de pouvoir travailler sur ce sujet lors de formations continues par exemple. D'après mes expériences, il me semble que lorsque l'on peut s'exprimer sur ses ressentis, il est davantage possible d'apprendre sur nous-même et sur les autres en croisant les regards.

Les difficultés et ressources à la gestion des émotions ont d'après moi un impact sur le vécu émotionnel. Je vais donc discuter cette notion.

2.4. Le vécu émotionnel et la distance professionnelle

Les deux infirmières interrogées ont évoqué des situations parfois difficiles, la première infirmière disait d'ailleurs le mot supporter lorsqu'elle parlait des émotions, et la deuxième infirmière évoquait la difficulté de se protéger dans certaines situations. Le vécu émotionnel paraît donc parfois difficile et serait différent en fonction des situations rencontrées. Je pense que chaque situation rencontrée est unique ce qui provoque un vécu émotionnel unique et aussi différent pour chaque personne. De plus, je pense qu'une même situation rencontrée par des soignants différents n'aura pas le même impact sur chacun et sera fonction de

l'histoire personnelle, du caractère, de la personnalité de chacun. De plus, je pense que la relation créée entre le patient et le soignant aura également un impact sur le vécu émotionnel du soignant. La deuxième infirmière interrogée évoquait des histoires plus ou moins touchantes, des situations qui peuvent bouleverser le soignant. Je pense que dans ce cas la question de la distance professionnelle se pose. Est ce qu'un vécu émotionnel difficile serait la conséquence d'une distance professionnelle pas assez importante ou d'une juste distance difficile à trouver ? La deuxième infirmière travaillant en hématologie a pu dire lors de l'entretien que travailler dans une autre spécificité que les soins pouvait parfois mettre une certaine distance ou alors lorsqu'elle parle d'une autre situation elle dit « j'aurai peut-être plus de recul ». Je pense que cette infirmière dit indirectement qu'il n'est pas facile de trouver la juste distance, et que dans certaines situations cela s'avère compliqué. De mon côté, je pense que trouver la juste distance dans des situations qui nous touchent, comme cela a été mon cas dans les deux situations d'appel évoquées au début de mon mémoire est difficile. Je pense également que j'ai manqué d'outils pour appréhender ces situations. D'après moi, ces outils s'acquièrent par l'expérience, la formation continue entre professionnels, le travail sur soi, la prise de maturité tout au long d'une carrière.

De plus, lors de mon entretien auprès de la deuxième infirmière, lorsque j'évoquais auprès d'elle un possible lien d'attache, elle m'a dit « je considère pas que je m'attache aux patients. Ou en tout cas plus. ». Cela m'a fait pensé aux propos qu'elle avait eu plus tôt dans l'entretien où elle disait « je me vois pleurer en sortant de la chambre (...) et je vois encore le médecin me dire euh « c'est pas ta famille ». Mais de façon assez dure hein ». J'ai le sentiment que dans cette situation elle a compris de la part du médecin que sa réaction était anormale et inadaptée. Est ce qu'elle a par la suite refoulé quelque chose en lien avec la réflexion du médecin? Aujourd'hui aurait-elle une approche différente sur l'attachement si elle n'avait eu cette réflexion. Je comprends par cette situation que le regard d'autrui a une importance considérable, et que ces regards peuvent faire prendre une direction différente de celle imaginée, et que l'effet groupe a son effet dans la gestion des émotions.

Au delà de cette situation particulière, je pense qu'un travail émotionnel a été fait par cette infirmière avec un changement au fil des années. Cependant elle a beaucoup évoqué ses collègues, en effet elle a dit « plus de recul que les collègues », « j'ai des collègues (...) elles sont attachées » ou encore « parfois elles ont besoin d'exprimer des choses ». J'ai le sentiment que cette infirmière, par ses propos, veut créer une certaine distance entre ses émotions, ses ressentis et ce qu'elle veut laisser transparaître. J'ai donc l'impression qu'elle parle au nom de ses collègues pour pouvoir se protéger et montrer qu'elle ne s'attache pas.

Pour conclure cette analyse interprétative et discussion, je pense qu'au regard des différents éléments étudiés, de la compréhension que j'ai du cadre théorique, et des analyses faites, ma question de départ mériterait d'être ajustée et ne devrait plus concerner uniquement le

prendre soin de patients hospitalisés mais également celui de résidents de différentes structures telles que les établissements pour personnes âgées dépendantes, les résidences pour personnes en situation de handicap, les patients étant à domicile, etc. Quelque soit le lieu d'exercice des soignants, il est intéressant de pouvoir apprendre à reconnaître ses émotions pour travailler en harmonie avec celles-ci, cela grâce à un travail sur sa pratique au quotidien. Ma question de recherche serait donc :

Dans quelles mesures la gestion des émotions de l'infirmier influe sur le prendre soin d'un patient ou d'un résident ?

Conclusion

A la suite de deux situations vécues en stage où mes émotions ont pour moi été difficiles à comprendre, je me suis beaucoup interrogée sur les émotions du soignant dans le prendre soin. C'est pour cette raison que j'ai souhaité travailler sur ce sujet pour mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Lors de ce travail, j'ai dans un premier temps réalisé des recherches et fait des lectures pour pouvoir écrire une partie théorique. Par la suite, j'ai rencontré deux infirmières auprès desquelles j'ai réalisé un entretien que j'ai par la suite étudié pour pouvoir en faire une analyse croisée avec la théorie.

Je souhaitais grâce à ce travail pouvoir améliorer ma pratique professionnelle en matière de prendre soin et de gestion des émotions. Je souhaitais également pouvoir me servir de l'expérience des deux infirmières interrogées pour guider ma future pratique professionnelle.

Ce travail m'a permis de comprendre que les émotions font parties du quotidien de chacun d'entre nous. Les soignants y sont confrontés au quotidien dans le cadre de leur travail. Ils utilisent chacun des ressources différentes pour leur permettre de vivre avec de la meilleure façon qu'il soit. Cependant ce n'est pas toujours facile, ils rencontrent parfois des difficultés dans la gestion de leurs émotions ce qui peut provoquer un vécu émotionnel parfois difficile.

Aujourd'hui, dans ma pratique professionnelle je souhaite mettre à profit tout ce que j'aurai appris grâce à ce travail. En effet, je veux pouvoir me servir de mes émotions et leur donner un rôle dans mon exercice professionnel. J'ai appris grâce à ce travail que gérer ses émotions n'est pas chose facile et qu'il faut que je puisse acquérir différents outils par l'expérience, le travail sur soi et la formation continue je l'espère.

Bibliographie

Ouvrages :

- Roger Fischer. (2005). Gérer ses émotions c'est aussi tenir compte de celles des autres. Paris : Robert Laffont.
- Catherine Belzung. (2007). La biologie des émotions. Louvain-La-Neuve : De Boeck
- Catherine Lainé et Etienne Roy (2004). Du bon usage des émotions au travail. ESF éditeurs.
- Catherine Mercadier. (2002). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Seli Arslan.
- Moïra Mikolajczak, Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou, Delphine Nélis (2014). Les compétences émotionnelles. Dunod.
- Sander D. et Scheder K.R. (2009). Traité la psychologie des émotions. Dunod.
- Formarier M. (2009). Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Maller Conseil.

Articles de périodique :

- Sabine Laurent. (2006). Légitimer la peur pour la dépasser. Les Cahiers Dynamiques, n° 38, pages 72 à 74.
- Marie André Vigil-Ripoche (2011). Prendre en soin entre sollicitude et nécessité. Recherche en soins infirmiers, n°107, page 6
- Allen R. et Brosgole L. (1993). Facial and auditory affect recognition in senile geriatrics, the normal elderly and young adults. International journal of neuroscience, n°68, pages 33 à 42
- Lhote C. (2010). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants. Laennec n°5, pages 1 à 13.
- Chabrol H (2005). les mécanismes de défense. Recherche en soins infirmiers, n°82, pages 31 à 42.
- Dantzer R. (2002). Les émotions. Puf. (Pages 7 à 14)
- Paris A. (2010) Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. L'aide soignante, n°120, pages 14-15.
- Brugère F. (2014) Qu'est ce que le prendre soin aujourd'hui? Cahiers philosophique, n°136, pages 58 à 68.

- Favetta V. Et Feuillebois-Martinez B. (2011) Prendre soin et formation infirmière. Recherche en soins infirmiers, n°107, pages 60 à 75.
- Guyon C., Lépinau A., Nègre C. et Vanegas M. (2015) L'accompagnement, une alliance à construire. Métiers de la petite enfance, n°222, pages 20 à 22.
- Birmelé B. (2018) Accompagner. La relation soignante comme cheminement. Ethique et Santé, Volume 15, pages 48 à 54.
- Hochschild A. (2003) Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. Travailler, n°9, pages 19 à 49.

Entrées de dictionnaire :

- Dégoût. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9go%C3%BBt/22879>
- Surprise (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/surprise/75842>
- Tristesse (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816>
- Soignant (s.d.) Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228>
- Soigné (s.d.) Dans Dictionnaire Larousse en ligne . Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soign%C3%A9/73229?q=soign%C3%A9#72399>
- Peut-être (s.d.) Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peut-être/60050>
- Supporter (s.d.) Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/supporter/75533>

Annexes

- I. Entretien transcrit n°1
- II. Entretien transcrit n°2
- III. Tableau d'analyse

Annexe I :

1 Moi : Bonjour Laurence, je vais réaliser auprès de toi mon entretien MIRSI qui est sur le thème des émotions. Tout d'abord est ce que tu pourrais me parler de ton parcours professionnel.

5 IDE 1 : j'ai été aide soignante en EHPAD pendant 15 ans, ensuite je suis allée faire la formation d'infirmière, je suis diplômée depuis 13 ans. Pour mon premier poste d'infirmière je suis allée en EHPAD pendant 4 ans et puis ensuite je voulais changer, aller dans un service hospitalier, ca fait maintenant presque 10 ans que j'exerce dans le service de médecine SSR de l'hôpital de La Guerche de Bretagne.

10 Moi : D'accord, est ce que tu pourrais maintenant me donner ta définition du prendre soin?

15 IDE 1 : Alors... quand on me parle de prendre soin je pense tout de suite à la notion de TO CARE, se soucier de l'autre, faire attention à lui, le mettre au centre de mes actions de soin. C'est aussi s'occuper de, apporter du réconfort. Et puis.. je pense que pour prendre soin il faut pouvoir être à l'écoute de l'autre, être disponible mais aussi faire preuve d'une certaine empathie. Pour prendre soin, il faut répondre aux besoins du patient et de son entourage.

Moi : Je reste pour l'instant sur des définitions, pourrais tu me dire ce qu'est une émotion pour toi?

20 IDE 1 : C'est un ressenti très personnel par rapport à une situation vécue. Il existe plusieurs émotions, la joie, la colère, la tristesse.

Moi : Et ces émotions auraient quel rôle et quelle place selon toi ?

25 IDE : Très difficile... je dirai que les émotions ont une place quotidienne, quand on est soignant, on travaille avec l'humain, cela entraîne donc forcément des émotions. Parfois très forte. Je pense que les émotions ressenties nous poussent à donner le meilleur de nous même.

Moi : Maintenant, en lien avec les émotions et le prendre soin, est ce que tu pourrais

m'évoquer une prise en soin qui t'a marquée, touchée?

IDE 1 : Euh... alors je dirai la prise en soin d'une patiente de 53 ans, atteinte d'un cancer avec métastases osseuses. Son mari était décédé l'année d'avant d'un cancer
30 cérébral. C'était un contexte très difficile. En plus elle avait trois enfants de 17, 20 et 22
ans. C'était une patiente très introvertie par rapport à son état de santé, plus ou moins
dans le déni. C'est une patiente qui est restée longtemps dans le service, environ six
mois dans le service de médecine. C'était une patiente très douloureuse, il était très
difficile de la soulager, c'était pour moi difficile à gérer émotionnellement. Elle est
35 finalement rentrée à domicile pour décéder chez elle quelques semaines plus tard.

Moi : Qu'est ce qui a pu être difficile pour toi dans cette prise en soin?

IDE 1 : Le transfert... je me suis beaucoup identifiée à cette patiente. Notamment par
rapport à ses enfants, les miens avaient le même âge... difficile. Et puis encore une fois
le non soulagement de la douleur. Et puis de manière générale et pour tous les patients,
40 le déni face à une pathologie est difficile. C'est une chose difficile à appréhender.

Moi : Et au contraire, est ce qu'il y a des chose qui peuvent t'aider dans ces prises en
soin? Autant pour toi que pour l'équipe.

IDE 1 : Les prises en charges palliatives sont particulièrement éprouvantes. Je pense
que l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs dans ces cas est intéressante,
45 aidante pour l'équipe, c'est un moment d'échange sur le cas des patients mais c'est
aussi un moment où le ressenti des équipes est écouté et pris en compte. Il y a aussi la
possibilité de voir un psychologue.

Moi : Le psychologue se présente à vous régulièrement ou c'est à vous de la contacter
si nécessaire?

50 IDE 1 : Elle nous rencontre que si nous la sollicitons. Il faut que ça soit une demande de
notre part. Mais elle passe tous les jours donc il est assez facile de pouvoir l'interpeller.

Moi : D'accord.

IDE 1 : Sinon je dirai que dans certaines situations difficiles, les patients et leur famille peuvent être aidants. C'est la relation de confiance qui a été créée qui nous aide.

55 Moi : Concrètement comment gères tu les émotions générées vis-à-vis de ces situations difficiles ?

IDE 1 : Alors.. je dirai que j'échange beaucoup avec mes collègues, au moment de la pause par exemple. Les activités extérieures sont aussi importantes et permettent d'avoir la prise de recul nécessaire je trouve. Je cours régulièrement. Et puis... chaque
60 soignant est différent, on a chacun une histoire de vie différente, on investit tous de manière différente la relation au avec le patient. Je pense qu'on est tous différents est qu'on gère tous nos émotions de façon différente. L'essentiel étant que chacun trouve un juste équilibre... pour je dirais « supporter » ses émotions.

Moi : Tu m'as parlé de la psychologue mais est ce qu'il y a d'autres moyens mis en
65 place par le service pour permettre à l'équipe de gérer au mieux ses émotions ?

IDE 1 : Alors non... pas vraiment...

Moi : Pas de rituels d'équipe par exemple?

IDE 1 : Non vraiment... mis à part parler pendant la pause.. mais je ne sais pas si on peut parler de rituel ..

70 Moi : D'accord, est ce qu'aujourd'hui tu as l'impression qu'il manque quelque chose dans le service pour faire face à des situations difficiles?

IDE 1 : je pense que l'on manque de moyens, de temps... nous manquons vraiment de temps, notamment pour les prises en soin palliatives. Malheureusement nous avons un nombre de tâches à réaliser énorme.. et nous manquons de temps. Le principe du TO
75 CARE est très difficile à mettre en place.

Moi : Merci beaucoup pour toutes ces réponses!

IDE : De rien

Annexe II :

- 1 Moi : Bonjour, je suis Alicia, étudiante infirmière en troisième année à Pontchaillou, je souhaitais réaliser mon entretien sur le thème des émotions auprès de vous pour la spécificité de votre service d'exercice.

IDE 2 : Très bien, allons-y !

- 5 Moi : Pourriez vous m'évoquer votre parcours professionnel?

- IDE 2 : D'accord. Je suis infirmière, depuis 11 ans en hématologie, avant j'étais aide soignante, avant ASH, et avant j'ai même fait une licence de psychologie. Euh, depuis que je suis infirmière je me suis spécialisée dans la douleur, j'ai fait un DU douleur il y a a peu près huit ans. Après j'ai fait une formation d'hypnose et thérapie brève il y a un
10 peu près sept ans puis j'ai fait il y a 5 ans je crois une formation hypnose et douleur aiguë.

Moi : Ah oui, donc un parcours très complet.

IDE 2 : Voila

Moi : Et donc après, pour vous qu'est ce que le prendre soin d'un patient?

- 15 IDE 2 : prendre soin d'un patient... prendre soin d'un patient c'est large. Il y a d'un côté quand on commence à être infirmière il y a un côté très technique. En fait, ce qui correspond à la prescription médicale puis après quand on est peut-être être plus à l'aise avec les soins, le côté plus relationnel et également pouvoir se centrer complètement sur le patient en fait.

- 20 Moi : Et en lien avec cette réponse, quelles seraient les valeurs et les attitudes qui seraient vraiment nécessaires à un prendre soin « de qualité »

IDE 2 : La patience, l'écoute, hum..., la rigueur. Et la responsabilité.

Moi : Ensuite, je vais un peu plus m'intéresser à une définition des émotions que vous pourriez me donner. Voilà, et quelle serait la place et le rôle de ces émotions dans votre
25 quotidien professionnel

IDE 2 : Alors ? Qu'est ce qu'une émotion pour moi? Elle est positive ou négative. C'est quelque chose qui n'est pas forcément contrôlable. Qui.. qui vient comme ça, qui n'est pas forcément contrôlable et non prévu face à une situation peut-être particulière

Moi : D'accord

30 IDE 2 : une sensation...

Moi : Une sensation intérieure?

IDE 2 : Oui, une sensation très personnelle qui sera différente pour chaque personne.

Moi : D'accord . Maintenant par rapport à ces émotions serait-il possible pour vous de m'évoquer une prise en soin qui vous aurait marquée ou touchée plus
35 particulièrement?

IDE 2 : Alors... il y en a pleins... mais oui.. une idée un peu plus précise de ce qui vous intéresse?

Moi : Euh.. qui vous aurait touchée parce que par exemple elle faisait écho à une situation particulière pour vous, qui aurait pu vous rappeler une situation personnelle, ou
40 vous faire penser à un proche. Ou autre exemple une situation où vous n'auriez pas trop su vous positionner ou réagir...

IDE 2 : Alors on va dire qu'il y a eu plusieurs étapes dans ma vie professionnelle. Celle qui m'a le plus marquée et où je me dis que maintenant je ne réagirai plus comme ca. C'était à mon tout début quand j'ai commencé en hématologie. C'était une jeune femme qui
45 avait mon âge, qui était en rechute de leucémie aiguë, qui avait deux enfants comme moi..qui du coup est arrivée en soins palliatifs, a qui le médecin a annoncé qu'il y avait plus rien à faire et je me vois pleurer en sortant de la chambre et euh.. impossible de me contrôler en fait. Comme si c'était presque ma famille et je vois encore le médecin

me dire euh « c'est pas ta famille ». Mais de façon assez dure hein! Et il a eu raison en
50 fait parce que effectivement c'était pas ma famille, je ne sais pas pourquoi je m'étais
projetée ou identifiée à cette personne. Sans doute, le même âge, etc. Et c'était la seule
fois où ça s'est passé comme ça. Il en fallait peut-être une je ne sais pas. Il n'empêche
qu'il y a toujours des histoires qui sont plus ou moins touchantes. Il y a des gens qui.. je
ne sais pas.. c'est comme ça... c'est comme dans la vie. On a beau se dire qu'il faut se
55 protéger, fin c'est les grands mots. Effectivement il faut se protéger, sinon on va se faire
du mal aussi. Mais il y a des gens qui nous touchent plus que d'autres, quand ils s'en
vont ou qu'ils décèdent ou quand on... on se dit zut quoi; « il était sympa » fin c'est pas
ça qui... mais il y a des situations où on est plus bouleversée et où on en parle.

Moi : Alors justement vous êtes en hématologie confrontée à des maladies graves, des
60 pronostics qui peuvent parfois être difficiles, à des prises en soin qui peuvent durer
longtemps, comment est ce que vous vivez cela au quotidien, est ce que ça peut
parfois être « lourd », si on peut dire ça comme ça?

IDE 2 : Si un peu, c'est un petit peu lourd.. moi j'ai cette chance de faire déjà les 3
secteurs : hôpital de jour, conventionnel et stérile et d'avoir la particularité d'avoir 40 %
65 de mon temps pour de l'hypnose, je ne fais donc que 60% de soins on va dire très
technique même si l'hypnose est un soin on va dire dans le relationnel beaucoup plus et
un accompagnement différent des patients, des familles et aussi des équipes, de mes
collègues en fait. Parce que parfois elles ont besoin d'exprimer des choses sur des
situations compliquées et complexes qu'elles ont vécues. Hum... ça me permet je
70 pense de prendre du recul et puis je fais aussi de la programmation donc parfois ça met
une certaine distance. Mais euh, se protéger c'est pas toujours facile. C'est les grands
mots, c'est ce qu'on nous demande en tout cas.

Moi : Donc pour vous ce qui pourrait être aidant ce sont vos collègues, ne pas faire que
du soin technique, être dans un autre rituel que celui des soins tous les jours ...

75 IDE 2 : Ça me permet d'être diversifiée comme ça ça permet de prendre du recul sur
des situations et de peut-être ne pas vivre avec ces situations en continu. Parce que par
exemple si je travaille 5 jours comme je fais. Et bien là je fais 3 jours d'hypnose et après
je vais avoir 2 jours en soins ce weekend. Mais je vais pas avoir 5 jours de suite où je
vais connaître que le même secteur. Et si dans ce secteur là il y a quelqu'un qui vient à
80 décéder étant donné que dans des services qui appartiennent à de la cancérologie où
les patients peuvent être dit chronique, qu'on connaît sur du long terme, donc bon.

Même si le patient décède j'aurai peut-être plus de recul que mes collègues, peut-être.

Moi : Un lien d'attache qui serait peut-être moins créé puisque vous l'auriez moins vu ou connu...

85 IDE 2 : L'attache est un mot fort je trouve. euh... j'ai des collègues, on voit bien qui sont
peut-être, je sais pas si on peut dire fragile, mais on sent que oui elles sont attachées.
Mais je considère pas que je m'attache aux patients. Ou en tout cas plus. Peut-être que
je l'ai fait quand j'étais jeune infirmière mais pourtant j'avais de l'expérience derrière
90 d'aide soignante et d'agent hospitalier mais la ouais je sais pas je.. je ne me trouve
à définir finalement. Mais euh... une empathie... comment dire... bienveillante.
Quelque chose de bienveillant. De l'accompagnement. Comme je dis souvent? Je peux
pas vous demander d'accepter ce que le médecin vient de vous dire que vous allez
mourir, je peux juste me permettre de vous apporter des outils pour que ce soit plus
95 supportable et tolérable pour vous. Alors je pense aussi qu'il ne faut pas se dire qu'on
est prétentieuse et toute puissante à ce dire que oui bah il va mourir on va l'aider à
accepter qu'il va mourir. Ce n'ai déjà pas notre rôle et puis euh fin c'est pas le but.

Moi : D'accord. Imaginons qu'aujourd'hui vous vous rendez compte que des situations
difficiles peuvent générer des émotions. Comment est ce que vous les gérées
100 aujourd'hui avec tout le cheminement que vous avez fait depuis que vous êtes
professionnelle dans ce milieu.

IDE 2 : Comment je fais? Alors déjà il ya toujours des collègues avec qui il y a plus
d'atomes crochus on va dire, donc ça va être plus facile d'aller les voir parce qu'on a
beau dire hein mais on a pas envie de se mettre à nu devant nos collègues, on a pas
105 envie de montrer nos faiblesses, on a pas envie que les gens se servent de ça après
contre nous ou qu'ils disent « ohlala elle est fragile, elle pleure facilement ». Il y a
quand même des situations; dans les dernières situations qu'on a vécu les plus dures,
mais c'est le service entier, on a perdu une de nos collègue qui est décédée dans le
service d'une maladie hémato qui a été suivie pendant un an. On s'est mis à mal tout le
110 service quand même... gérer ça c'était impossible en fait, parce qu'il y avait un
attachement la.. parce que c'était notre collègue, moi ça faisait 10 ans que je la
connaissais et que ...

Moi : Oui .. Donc là ce n'était pas une patiente lambda...

IDE 2 : Oui .. donc les émotions.. on a une psychologue avec qui on peut discuter, et
115 puis une collègue ou deux avec qui tu te sens mieux... mais à la maison j'en parle
jamais, non, si c'est ça la question. Je fais beaucoup d'activités, je suis assez
dynamique on va dire, et euh... peut-être aussi pour me permettre de ne pas penser
qu'à ça.

Moi : De prendre du recul et de faire le vide.

120 IDE 2 : Oui

Moi : Vous me parliez de psychologue, est ce que dans le service il y a d'autres
moyens mis en place comme des rituels d'équipe, ou des moments de partages.

IDE 2 : Tous les mardi il y a un psychologue qui vient dans les secteurs, sans la cadre.
Pour qu'on puisse dire des choses, euh, peut-être même sur une situation de service
125 qui est lourde ou qui... parfois ce sont des accumulations en fait.. donc il y a ça qui a
été mis en place. Il y a un mardi après midi par mois pendant deux où les situations
difficiles sont rapportées par les équipes. Donc la il y a forcément deux médecins qui
sont la et un psychologue ainsi que la cadre. Donc vient qui veut. On peut aussi voir la
psychologue de façon informelle. Et puis quand on avait eu notre collègue, on avait une
130 psychologue du travail qui venait nous voir toutes les trois semaines et il y avait des
temps par les médecins qui venaient nous voir aussi tous les trois jours dans le service
quand elle a été transférée en réa puis quand elle est décédée. Un point était fait tous
les trois jours pour savoir où en était l'équipe. Voilà on était accompagnés... Il y avait
beaucoup d'émotions et alors qu'on arrivait à canaliser ou pas parce que ça nous
135 ramenait la effectivement à notre propre mort à nous, puisque parfois de façon
complètement stupide hein, on peut imaginer que quand on travaille dans un service
comme ça, peut-être qu'on a un petit passe droit pour ne pas avoir ce genre de
pathologie. Mais en fait non. Cela nous projette en fait.

Moi : D'accord, est ce qu'aujourd'hui vous avez l'impression qu'il manque quelque
140 chose dans le service ou qu'il vous manque vous personnellement pour faire face à
des situations difficiles?

IDE 2 : a mon avis, il y a toujours des choses qui peuvent être apportées. Euh... je
pense que quand même... à force d'accumuler, et d'accumuler, et d'accumuler les

émotions comme ça même si ça transparaît pas toujours. Ou alors les gens peuvent
145 être agressifs, moins patients envers même peut-être des étudiants qui viennent. Enfin
ça ne donne pas de crédibilité à la façon dont sont les gens mais... peut-être au delà
des psychologues... peut-être des ateliers de méditations ou j'en sais rien. Moi je sais
faire de l'auto-hypnose donc j'arrive à faire les choses mais les gens qui ne savent pas
peut-être ça... ou du massage, un truc de détente quoi. Peut-être pour éviter justement
150 ce que l'on appelle l'épuisement professionnel. Je sais pas c'est une idée comme ça
mais... parce qu'on ne prend pas beaucoup soin de nous en fait...

Moi : Il faudrait donc un temps prévu pour prendre soin des équipes?

IDE 2 : Un vrai temps peut-être corporel ou mental j'en sais rien... un temps... je sais
pas... j'ai déjà pensé à ça, je me dis ça serait un truc bien ça.. à créer!

155 Moi : Du coup, vous m'avez parlé de l'auto-hypnose, il vous arrive souvent de vous
faire des séances

IDE 2 : Oui! Oui! Carrément! Parce qu'il faut décrocher en fait. Parce que sinon on est
toujours le nez dedans. Et puis parfois on arrive plus à prendre le recul nécessaire de
la situation. Et puis l'auto hypnose ça nous permet aussi de souffler en fait. De prendre
160 la juste distance.

Moi : La juste distance. Vous avez répondu à toutes mes questions, je vous remercie
beaucoup de l'intérêt de que vous avez porté à mon entretien

IDE 2 : Et bien de rien, c'était avec plaisir !

Annexe III :

Catégorie	Thème	Sous thème	Items propos des soignants
Prendre soin	Définition		<p>IDE 1 :</p> <p>I.10-11 : “notion de TO CARE, se soucier de l’autre, faire attention à lui, le mettre au centre de mes actions de soins”</p> <p>I.12 : “C’est aussi s’occuper de, apporter du réconfort”</p> <p>I.14 : “ répondre aux besoins du patient et de son entourage”</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.14 : “prendre soin d’un patient c’est large”</p> <p>I.15-17 : “ quand on commence à être infirmière il y a un côté très technique. En fait, ce qui correspond à la prescription médicale puis après quand on est peut-être être plus à l’aise avec les soins, le côté plus relationnel”</p> <p>I.17 : “ pouvoir se centrer complètement sur le patient en fait.”</p>
	Valeurs et attitudes		<p>IDE 2 :</p> <p>I.20 : “ La patience” “la rigueur “ “ la responsabilité.”</p>
		Empathie	<p>IDE 1 :</p> <p>I.13-14 : “ faire preuve d’une certaine empathie “</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.88 “je pense que j’ai une empathie (...) bienveillante”</p>
		L’écoute	<p>IDE 1 :</p> <p>I.12-13 : “pour prendre soin il faut pouvoir être à l’écoute de l’autre, être disponible”</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.20 : “l’écoute”</p>

	Limites		<p>IDE 1 :</p> <p>I.21 : “On travaille avec l’humain, cela entraîne donc forcément des émotions. Parfois très fortes.”</p> <p>I.72 : “le principe du TO CARE est très difficile à mettre en place”</p> <p>Utilisation du mot difficile à 6 reprises (lorsqu’elle évoque une prise en soin qui l’a marquée ou touchée)</p> <p>IDE 2 : “des situations compliquées et complexes”</p>
		Le déni du patient	<p>IDE 1 :</p> <p>I.38 : “ le déni face à une pathologie est difficile. C’est une chose difficile à appréhender”</p>
		La douleur	<p>IDE 1 :</p> <p>I.36 : “le non soulagement de la douleur”</p>
		Manque de temps	<p>IDE 1 :</p> <p>I.70 : “je pense que l’on manque de temps, de moyens (...) notamment pour les prises en soin palliatives”</p>
Emotions	Définitions		<p>IDE 1 :</p> <p>I.17-18 : “ C’est un ressenti très personnel par rapport à une situation vécue. Il existe plusieurs émotions, la joie, la colère, la tristesse. “</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.24 : “positive ou négative”</p> <p>I.25 : “quelque chose qui n’est pas forcément contrôlable (...) et non prévu face à une situation peut-être particulière “</p> <p>I.28 : “une sensation”</p> <p>I.30 : “une sensation très personnelle qui sera différente pour chaque personne”</p>
		Rôle et place	<p>IDE 2 :</p> <p>I.20 : “ je dirai que les émotions ont une place quotidienne”</p> <p>I.22 : “ les émotions ressenties nous poussent à donner le meilleur de nous même “</p>

	Gestion	Mécanismes de défense	<p>IDE 1 I.35 : “le transfert .. Je me suis beaucoup identifiée à cette patiente. Par rapport à ses enfants, les miens avaient le même âge”</p> <p>IDE 2 I.39 : “celle qui m’a le plus marquée et où je me dis maintenant je ne réagirai plus comme ça” = projection I.42 :” qui avait mon âge (...) qui avait deux enfants, comme moi” I.47 : “je m’étais projetée ou identifiée à cette personne” I.132 : “cela nous projette en fait”</p>
	Ressources	Patients	<p>IDE 1 : I.51 : “les patients et leur famille peuvent être aidants. C’est la relation de confiance qui a été créée qui nous aide”</p>
		Collègues	<p>IDE 1 : I.55 : “j’échange beaucoup avec mes collègues, au moment de la pause par exemple”</p> <p>IDE 2 : I.99 : aller voir des collègues</p>
		Psychologues	<p>IDE 1 : I.45 : “possibilité de voir un psychologue”</p> <p>IDE 2 : I.118 : “tous les mardis il y a un psychologue qui vient dans les secteurs, sans la cadre” I.123 : “on peut aussi voir la psychologue de façon informelle”</p>
		Organisationnelles	<p>IDE 2 : I.60 : “ j’ai cette chance de faire déjà les 3 secteurs : hôpital de jour, conventionnel et stérile et d’avoir la particularité d’avoir 40 % de mon temps pour de l’hypnose, je ne fais donc que 60% de soins” I.72 : (etre dans d’autres rôles que celui du soin) “permet de prendre du recul sur des situations et de peut-être ne pas vivre avec ces situations en continu (...) si le patient décède j’aurai peut-être plus de recul que mes collègues, peut-être.”</p>

		Echanges	<p>IDE 1 :</p> <p>I.43 : “moment d’échange sur le cas des patients”</p> <p>I.44 : “moments où le ressenti des équipes est écouté et pris en compte”</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.121 : “un mardi après midi par mois pendant deux heures où les situations difficiles sont rapportées par les équipes (...) il y a forcément deux médecins qui sont là et un psychologue ainsi que la cadre”</p>
		Personnelles	<p>IDE 1 :</p> <p>I.56 : “ les activités extérieures sont aussi importantes et permettent d’avoir la prise de recul nécessaire “</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.112 : “je fais beaucoup d’activités (...) peut-être pour me permettre de ne pas penser qu’à ça”</p>
		T r a v a i l émotionnel	<p>IDE 2 :</p> <p>I.44 : “je me vois pleurer en sortant de la chambre et euh... impossible de me contrôler en fait”</p> <p>I.52 : “ il faut se protéger, sinon on va se faire du mal aussi”</p>
		Compétences personnelles acquises	<p>IDE 2 :</p> <p>I.140 : “je sais faire de l’auto-hypnose donc j’arrive à faire les choses”</p>
		Particularité accompagne- ment	<p>IDE 1 :</p> <p>I.42 : “l’intervention de l’équipe mobile de soins palliatifs dans ces cas (prises en charge palliatives) est intéressante, aidante pour l’équipe”</p> <p>IDE 2 :</p> <p>I.124 : “Et puis quand on avait eu notre collègue, on avait une psychologue du travail qui venait nous voir toutes les trois semaines et il y avait des temps par les médecins qui venaient nous voir aussi tous les trois jours dans le service quand elle a été transférée en réa puis quand elle est décédée. Un point était fait tous les trois jours pour savoir où en était l’équipe. Voilà on était accompagnés”</p>

	Difficultés	Collègues : peur de l' i m a g e renvoyée	IDE 2 : I.101 : "on a pas envie de se mettre à nu devant nos collègues, on a pas envie de montrer nos faiblesses, on a pas envie que les gens se servent de ça après contre nous ou qu'ils disent "olala elle est fragile, elle pleure facilement""
		Douleur du patient	IDE 1 : I.31 : "c'était une patiente très douloureuse, il était très difficile de la soulager, c'était pour moi difficile à gérer émotionnellement "
	V é c u émotionnel		IDE 1 : I.60 : "Je pense qu'on est tous différents et qu'on gère tous nos émotions de façon différente. L'essentiel étant que chacun trouve un juste équilibre... pour je dirais « supporter » ses émotions. " I.41 : " les prises en charge palliatives sont particulièrement éprouvantes" IDE 2 : I.49 : "il n'empêche qu'il y a toujours des histoires qui sont plus ou moins touchantes (...) il y a des gens qui je ne sais pas... c'est comme ça" I. 52 : " Mais il y a des gens qui nous touchent plus que d'autres, quand ils s'en vont ou qu'ils décèdent (...) on se dit zut quoi " I. 54 : " il y a des situations où on est plus bouleversée et où on en parle" I.67 : "se protéger c'est pas toujours facile" I.138 : "il y a avait beaucoup d'émotions et alors qu'on arrivait à canaliser ou pas parce que ça nous amenait la effectivement à notre propre mort à nous." I. : Je me vois pleurer en sortant de la chambre (...) impossible de me contrôler en fait. Comme si c'était presque ma famille "

		<p>Posture / distanciation professionnel - -le</p>	<p>IDE 2 : I.65 : “parfois elles ont besoin d’exprimer des choses sur des situations compliquées et complexes qu’elles ont vécues” I.67 : “je fais aussi de la programmation donc parfois ça met une certaine distance” I.78 : Même si le patient décède j’aurai peut-être plus de recul que les collègues, peut-être. I.83 : “mais je considère pas que je m’attache aux patients. Ou en tout cas plus. Peut-être que je l’ai fait quand j’étais jeune infirmière mais pourtant j’avais de l’expérience derrière d’aide soignante et d’agent hospitalier (...) je ne me trouve plus attachée aux patients “ I.82 : “ l’attache est un mot fort je trouve” I.82 : “j’ai des collègues, on voit bien qui sont peut-être je sais pas si on peut dire fragile, mais on sent que oui elles sont attachées”</p>
		<p>Besoins des soignants</p>	<p>IDE 2 : I.140 : “peut-être des ateliers de méditations (...) ou du massage, un truc de détente quoi.” I.146 : “un vrai temps peut-être corporel ou mental” I.142 : “pour éviter justement ce qu’on appelle l’épuisement professionnel”</p>

Nom : POIRIER

Prénom : Alicia

Titre : La gestion des émotions de l'infirmier dans le prendre soin

Emotions are present in everyone's daily life. They are part of personal and professional life. So it seemed interesting to me to be able to study them. I wanted to study them by associating them with the concept of taking care. So my starting question is : To what extent does the nurse's emotional management affect the taking care of an inpatient (a hospitalized patient?). The interest of this work was for me to understand what emotions are, what they can bring about and the influence they can have in taking care. To carry out this end-of-study dissertation, I conducted two interviews. These interviews allowed me to complete my theoretical knowledge. This work also allowed me to develop my professional posture, in particular on the resources that I could use as a future professional to learn to manage my emotions and make them live in the best possible way.

Les émotions sont présentes dans le quotidien de chacun. Elles font parties de la vie tant personnelle que professionnelle, il me semblait donc intéressant de pouvoir les étudier. J'ai souhaité les étudier en les associant à la notion de prendre soin. Ma question de départ est donc : Dans quelles mesures la gestion des émotions de l'infirmier influe sur le prendre soin d'un patient hospitalisé ? L'intérêt de ce travail était pour moi de comprendre ce qu'étaient les émotions, ce qu'elle peuvent entraîner et l'influence qu'elles peuvent avoir dans le prendre soin. Pour réaliser ce mémoire de fin d'étude, j'ai réalisé deux entretiens. Ces entretiens m'ont permis de compléter mes connaissances théoriques. Ce mémoire m'a également permis de développer ma posture professionnelle, en particulier sur les ressources que je pourrai utiliser en tant que future professionnelle pour apprendre à gérer mes émotions et les faire vivre de la meilleure façon possible.

Keywords : taking care - accompagnement - emotions - emotional experience - emotion management

Mots clés : prendre soin - accompagnement - émotions - vécu émotionnel - gestion des émotions

Instituts de formation en soins infirmiers CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09

Travail de fin d'études - 2020