



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Prendre soin avec ses émotions des personnes en fin de vie

Formateur référent mémoire : DUCLOYER Séverine

BOUFFARE Julie
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Le 10 mai 2021



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 d'infirmier-e

Travaux de fin d'études :

Prendre soin avec ses émotions des personnes en fin de vie

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 d'infirmier-e 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 10/05/2021

Identité et signature de l'étudiant : BOUFFARE JULIE

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 souhaite tout d'abord remercier Séverine DUCLOYER, ma référente mémoire, qui m'a soutenue et aidée tout au long de mon travail de recherche. Grâce à ses conseils et ses remarques importantes, j'ai pu construire petit à petit mon mémoire.

Également, je remercie Dominique GUY, ma référente pédagogique, qui m'a accompagnée durant ses trois années de formation en soins infirmiers. Pareillement, je remercie l'ensemble des formateurs qui m'ont permis de grandir et de devenir une future professionnelle de santé.

Je tiens aussi à remercier les trois infirmières qui ont accepté de prendre du temps pour répondre à mes questions lors des entretiens. Elles m'ont apporté des réponses complètes et précises.

Merci à l'ensemble des tuteurs et tutrices qui m'ont guidée sur l'intégralité des stages que j'ai réalisés.

Et pour finir, merci à ma famille qui m'a accompagnée et soutenue ainsi que mes amies, Lénaïg, Amandine et Marie. Merci aussi à Ganaël pour ses encouragements durant ses trois années.

Table des matières

Introduction.....	1
1. L'émergence de la question de départ.....	2
1.1. Situations d'appel.....	2
1.2. Les questionnements	4
1.3. La question de départ.....	4
2. Le cadre théorique	5
2.1. La fin de vie.....	5
2.1.1. La définition.....	5
2.1.2. Les soins palliatifs	6
2.1.3. La mort	7
2.2. Le soignant et les émotions.....	8
2.2.1 Définition.....	8
2.2.2 Les réactions physiologiques et la fonction des émotions.....	9
2.2.3 La gestion des émotions du soignant lors du soin.....	10
2.2.3.1 Les mécanismes de défense	10
2.2.3.2 Le travail émotionnel du soignant.....	12
2.2.4 La tristesse du soignant dans une situation de fin de vie.....	13
2.3 La résonance personnelle du soignant.....	14
2.3.1 Définition.....	14
2.3.2 Le contre-transfert dans la relation entre le soignant et le soigné.....	15
2.3.3 L'impact de la résonance personnelle sur la vie professionnelle.....	15
2.4 Le prendre soin.....	16
2.4.1 Définition.....	16
2.4.2 Qu'est-ce que prendre soin d'une personne en fin de vie ?	17
2.4.3 Comment prendre soin d'une personne en fin de vie dans une situation de résonance personnelle ?	18
3. La méthode d'analyse	20
3.1 Les objectifs du guide d'entretien.....	20
3.2 La population interviewée.....	20
3.3 L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens.....	20
3.4 Bilan du dispositif	21
3.4.1 Points forts	21
3.4.2 Difficultés.....	21
3.4.3 Limites	21
4. Analyse descriptive.....	22

4.1 Les émotions.....	22
4.1.1 Identifier les représentations sur les émotions.....	22
4.1.2 Identifier la place des émotions dans la posture soignante.....	22
4.1.3 Identifier la place des émotions au sein des soins palliatifs	23
4.1.4 Distinguer des méthodes pour gérer ses émotions	23
4.2 Le prendre soin dans les soins palliatifs	24
4.3 La résonance personnelle.....	24
4.3.1 Déterminer les situations de soins qui évoque une résonance personnelle	24
4.3.2 Distinguer des méthodes pour gérer ses émotions dans le cadre d'une résonance personnelle.....	25
4.3.3 Etablir l'impact de nos émotions sur le prendre soin, en lien avec une résonance personnelle.....	25
5. La discussion.....	26
Conclusion	30
Références.....	31
Les annexes	35
ANNEXE I : LE GUIDE D'ENTRETIEN	35
ANNEXE II : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	37
ANNEXE III : ANALYSE DES ENTRETIENS	53

« Laisser vivre ses émotions, c'est comme chasser les nuages du quotidien pour laisser apparaître le soleil, mais dans le terreau fertile des relations soignante-soigné fleurissent parfois des complications embarrassantes plutôt que des fleurs agréables »

Margot Phaneuf, Mars 2018

Introduction

Au terme de trois années d'études au sein de l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier universitaire de Pontchaillou, il m'a été demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. C'est dans ce cadre que se conclura ma formation durant laquelle un large spectre de connaissances théoriques et pratiques m'a été apporté par de nombreux formateurs et intervenants. De plus, les unités d'enseignement « Analyse de la qualité et traitements des données scientifiques et professionnelles » et « Initiation à la démarche de recherche » m'ont guidé durant l'élaboration de ce travail.

Grâce à tous ces apports, j'ai pu me construire en tant que future professionnelle de santé mais aussi remettre en question mes pratiques infirmières et les analyser. Ainsi, durant mes stages, à plusieurs reprises, je me suis questionnée sur les émotions du soignant face à un événement reflétant leur vie personnelle et plus particulièrement sur la fin de vie. Le soignant doit régulièrement faire face à des situations intenses en émotion et parfois même reflétant leur vie personnelle. Cependant, la place des émotions dans le soin est peu abordée et pourtant semble primordiale dans le prendre soin de la personne en fin de vie. Mais jusqu'à quel point ? Jusqu'où peut aller notre émotion ? L'émotion personnelle peut-elle apparaître dans la vie professionnelle ?

C'est à travers, la description de situations d'appel qui m'ont marqué et interrogé dans ma pratique professionnelle que s'initiera mon mémoire. A l'aide de ces situations, j'ai pu constater que mes émotions ont influencé mon prendre soin alors j'ai voulu en apprendre davantage autour de cette thématique. Ainsi, ma question de départ a émergé grâce à l'ensemble de ces interrogations.

C'est pourquoi, je conceptualiserai et expliciterai l'ensemble des notions évoquées dans cette question de départ à travers des auteurs, des personnalités ou encore des formateurs. Puis, par l'intermédiaire d'entretiens, je pourrais confronter les idées et propos recensés. Pour finir, j'analyserai l'ensemble des données pour avoir de nombreux renseignements et informations autour de mon sujet.

1. L'émergence de la question de départ

1.1. Situations d'appel

Durant ma formation, j'ai pu effectuer un stage d'observation au sein d'une unité de soins palliatifs. Ce stage s'est déroulé sur cinq jours au sein d'un établissement privé rennais. L'unité est composée de huit chambres pouvant accueillir des patients nécessitant une prise en charge palliative. Même si ce stage était catégorisé comme de l'observation, je me suis retrouvée à effectuer des soins auprès de certains patients. Je me suis, notamment occupée de Madame L. âgée de 56 ans atteinte d'un cancer incurable. C'est une patiente connue de l'unité puisqu'elle avait fait un séjour de 3 semaines dans le but de soulager ses douleurs physiques, mais aussi psychologiques et sociales. Cette patiente était sortie le 7 février contre avis médical puisqu'elle estimait se sentir mieux. La patiente avait alors exprimé à l'équipe son souhait de rentrer chez elle pour être entourée de sa famille.

Le mardi 11 février, le médecin du service a reçu un appel de son mari pour demander de l'aide. Ce dernier avait retrouvé sa femme inconsciente dans la salle de bain. Durant le week-end, la patiente a présenté à plusieurs reprises des hémoptysies. Le médecin a alors proposé une ré-hospitalisation de la patiente le jour-même. A son arrivée au sein du service, la patiente était inconsciente et inconfortable. Son mari est arrivé environ une heure après l'admission de sa femme, ayant pris le temps de prévenir ses proches de l'aggravation de son état. En effet, ses enfants habitant loin ne pouvaient arriver que dans la nuit de mardi à mercredi. Le jour-même de son hospitalisation, le frère et la belle-sœur, ainsi que la meilleure amie de la patiente sont venus la visiter. Malgré les recommandations données par l'infirmière du service, les visiteurs ont fait de nombreux va et vient dans la chambre de la patiente, provoquant chez elle des manifestations physiques d'inconfort/souffrance telles que les sourcils froncés, un faciès contracturé, une agitation et des gémissements. Pendant que l'infirmière redonnait les consignes par rapport aux visites dans la chambre, je suis restée avec la patiente dans le but d'essayer de l'apaiser. Seule avec elle, j'ai pris l'initiative de m'asseoir auprès d'elle et de lui prendre la main en la caressant, après m'être présentée. Je me suis mise à lui parler doucement en lui disant des paroles que je pensais réconfortantes. Ce moment d'intimité avec cette patiente en fin de vie, m'a renvoyé à mon histoire personnelle et à ce que j'aurais souhaité faire pour mon grand-père décédé quelque temps auparavant. Mais je me suis rendue compte que mes attentions n'obtenaient pas les objectifs souhaités. Mes émotions ont pris le dessus, et j'ai fait ce que j'aurais souhaité faire à mon grand-père. Mais est-ce que c'est ce que souhaitait Madame L. sachant que nous ne nous connaissions pas. Quand l'infirmière est revenue dans la chambre, après avoir discuté avec la famille présente, je lui ai laissé ma place. Elle lui a administré un bolus d'hypnotique et un bolus d'antalgique de niveau 3. Elle s'est installée et a adopté les mêmes

gestes que j'avais pu faire. Elle a communiqué avec elle de façon unilatérale jusqu'à ce que la patiente présente des signes d'apaisement. Une fois Madame L. apaisée, nous sommes ressorties de la chambre. J'ai alors questionné l'infirmière sur le fait que mes gestes, identiques aux siens, n'avaient pas apaisé la patiente contrairement à elle. Au cours de notre échange, je me suis questionnée sur mon soin : est-ce que mes intentions étaient vraiment destinées à la patiente en fonction de ses besoins ? Ou bien est-ce que mes émotions, par résonance à mon histoire personnelle, n'ont pas pris le dessus sur la relation d'aide que je souhaitais mettre en place ? Deux jours plus tard, Madame L. décédait. L'équipe soignante présente nous a informé qu'elle était partie apaisée, calme, sans signe de souffrance et accompagnée de ses proches.

Cette situation m'a donc confrontée à un souvenir personnel triste influençant alors ma prise en soin de la patiente.

Ma deuxième situation d'appel s'est déroulée durant mon parcours d'étude en soins infirmiers, où j'ai eu la possibilité d'effectuer un stage dans un cabinet libéral durant cinq semaines.

J'ai pris en soin, Madame M. âgée de 82 ans, présentant au niveau de ses jambes des hypergranulations (c'est-à-dire un tissu de granulation qui est surélevé par rapport au tissu épithélial). Nous réalisons un passage deux fois par semaine chez elle pour effectuer ses pansements. La patiente a subi plusieurs greffes en guise de traitement qui malheureusement n'ont pas fonctionnées. C'est pourquoi une relation de confiance s'est installée entre la patiente et les infirmières qui la suivent depuis plusieurs années.

Madame M. se confie régulièrement aux infirmières sur sa vie personnelle. Lors d'un de nos passages, au cours du soin, je demande à Madame M comment elle va aujourd'hui. Elle me répond que ça ne va pas fort et m'explique qu'elle vient de perdre son ex-mari. L'attitude et la tristesse de la patiente me renvoient à ma grand-mère et à la perte de mon grand-père datant d'un an à ce moment-là. Mes émotions prennent le dessus, ne me permettant pas de continuer la conversation avec Madame M. mais je finis mon soin de pansement. L'infirmière présente à mes côtés à ce moment-là, prend le relais en questionnant la patiente sur les circonstances du décès de son ex-mari. Situation que je trouve délicate au regard de la tristesse exprimée par la patiente. Son ex-mari, vivait en EHPAD à cause de sa maladie et il est mort étouffé à la suite d'une fausse route alimentaire, sans que les soignants puissent faire quoi que ce soit.

Au regard de la tristesse et de la nostalgie dont faisait preuve Madame M. je communiquais avec elle par le regard mais j'étais incapable de lui parler pour essayer de la reconforter. Je me suis rendue compte que j'avais une posture de spectatrice et non plus de soignante. J'ai pu réaliser mon soin technique sans soucis mais j'ai la sensation de ne pas avoir été performante sur mon soin

relationnel à cause de mes émotions en lien avec mon histoire personnelle. L'infirmière et moi-même sommes restées le temps nécessaire dont Madame M. avait besoin pour verbaliser ce qu'elle souhaitait sur le décès de son ex-mari.

1.2. Les questionnements

Au regard de ces deux situations, je me rends compte que lorsque les situations de soin ont une résonance avec ma vie personnelle, j'éprouve des difficultés à poursuivre ma prise en soin relationnelle. Les questions que je me pose sont : Est-ce que ma prise en soin a été altérée par les faits de ma vie personnelle ? Est-ce que la relation soignant-soigné n'a pas été dépassée dans ses limites ? Comment trouver la juste distance avec le patient alors que dans notre soin, on tente de lui apporter de l'apaisement par des marques d'affectivité ? L'accompagnement de la personne en fin de vie permet-elle un rapprochement entre le patient et le soignant ? Quel impact ont eu mes émotions sur le prendre soin ? Et notamment quels changements ont-elles eu sur mes réactions et donc mes actions auprès du patient ? Est-ce qu'en tant que soignant nous passons tous par ce genre de difficultés ? Comment faire la part des choses entre le personnel et le professionnel ?

1.3. La question de départ

A l'issue de mes questionnements, ma question de recherche pour ce mémoire serait : Dans un contexte de fin de vie, en quoi les émotions du soignant, dans une situation de résonance personnelle influence le prendre soin ?

2. Le cadre théorique

2.1. La fin de vie

2.1.1. La définition

La fin de vie est définie par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2019 comme « La « fin de vie » désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/ maladie grave et incurable. Pour le corps médical, à ce stade, l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes et de leur entourage face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable ».

Actuellement, le contexte de fin de vie est un sujet singulier qui est très encadré notamment grâce à de nombreuses lois qui ont été mises en place au fil du temps. Nous citons ici les principales d'après le ministère des Solidarités et de la Santé.

Tout d'abord nous retrouvons la Loi numéro 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette dernière instaure les principes de droit des malades et de « démocratie sanitaire » que l'on peut retrouver de l'article 3 à 44 de cette loi. Elle est importante puisqu'elle confère un pouvoir au malade afin d'avoir une prise en charge adaptée et justifiant du respect de la part des professionnels de santé.

L'une des premières lois mettant en vigueur des droits pour les patients en fin de vie date du 22 avril 2005 appelée la Loi Léonetti. Elle renforce les droits des patients et cherche à éviter aux malades d'être soumis à une activité médicale qui n'aurait plus de sens. Elle interdit la mise en place de traitements déraisonnables et ainsi, impose des conditions de limitations et d'arrêts de traitements. De plus, cette loi insère la notion de directives anticipées. Dorénavant, le patient peut exprimer son souhait sur ses conditions de fin de vie. Ses choix priment sur les orientations données par la personne de confiance. Le médecin est dans l'obligation d'en tenir en compte.

Une dernière notion primordiale est abordée dans cette loi, celle du double effet. Autrement dit, les traitements destinés à soulager la souffrance de la personne en fin de vie ont également pour effet secondaire d'abrégé la vie. Il faut cependant que le soulagement de la souffrance soit primant par rapport à l'effet secondaire. L'intention avec l'introduction de ces traitements n'est pas la mort du patient. Cette conséquence ne doit être que l'effet « indésirable » du traitement.

Le 2 février 2016, la loi Claeys-Leonetti apparaît, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle revient sur le refus de continuer des traitements déraisonnables, sur l'arrêt des traitements et la possibilité de mise en œuvre de sédation profonde et continue jusqu'au décès du patient dans le cadre d'une procédure de décision collégiale pour lutter contre la douleur. De plus, les directives anticipées doivent dorénavant correspondre aux critères de validité pour pouvoir les appliquer.

Cette loi continue d'interdire l'euthanasie active en France. Le sénat définit celle-ci comme : « l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort à la demande du malade qui désire mourir, ou sans son consentement, sur décision d'un proche ou du corps médical ». Cependant, l'euthanasie indirecte, définie par le sénat comme : « l'administration d'antalgique dont la conséquence seconde et non recherchée est la mort », ainsi que l'euthanasie passive, toujours définie par le sénat comme : « le refus ou l'arrêt de traitements nécessaires au maintien de la vie », sont autorisées.

Nous retrouvons également des articles sur la fin de vie dans le code de déontologie des infirmiers : « Article R. 4311-3 : Soins d'entretien et de continuité de la vie » et « Article R. 4311-2 : [...] Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie et au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, autant que de besoin, leur entourage »

Ainsi, ces pratiques figurant le plus souvent dans les services de soins palliatifs, il est important de déterminer une définition à ces termes mais également de définir les nuances existantes avec le concept de fin de vie.

2.1.2. Les soins palliatifs

La fin de vie est difficilement dissociable de la notion de soins palliatifs même si ce terme apporte l'idée que la patient peut ne pas mourir dans l'immédiat mais plutôt qu'il entre dans une phase où rien ni personne ne peut le guérir. L'objectif du soignant n'est donc pas la guérison du malade mais l'amélioration de ses conditions de vie. Ainsi, chaque soin promulgué auprès d'un patient ou bien chaque traitement mis en place a pour but le bien-être de celui-ci. Les bénéficiaires de ses soins sont donc dans un premier temps les patients atteints d'une maladie évolutive ou terminale mais également sa famille qu'il faut savoir accompagner durant toute la prise en soin.

D'après, La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (S.F.A.P), « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. ». Ainsi, les soins palliatifs ont pour visée une approche globale et pluridisciplinaire. Le but est d'accompagner un patient jusqu'à sa mort tout en centrant l'ensemble des soins sur le patient et non sur la maladie en elle-même. Cependant, les soins palliatifs n'ont pas comme aspiration d'avancer ou de reculer le moment du décès.

Les soins palliatifs se développent de plus en plus, c'est pourquoi actuellement nous avons trois types de structure qui proposent une prise en soin palliative. Par exemple, nous avons les unités de soins palliatifs (USP) et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). Également, il existe des lits au

sein de plusieurs services qui sont dédiés aux personnes nécessitant ce type de soins. De plus, il y a des services proposés dans le cadre où le patient souhaite rester chez lui. Nous retrouvons, alors, l'hospitalisation à domicile (HAD) mise en place par une prescription médicale. En complément, nous avons les réseaux de soins palliatifs qui favorisent le maintien à domicile et coordonnent l'ensemble des professionnels de santé pour le patient.

Finalement, le patient en phase de soins palliatifs peut entrer en phase terminale qui aboutit à la mort. Lors de la prise en soin d'une personne en fin de vie, le soignant va être confronté au décès du patient avec qui une relation d'aide s'est développée. Alors, le soignant sera amené à ressentir et à avoir des émotions en lien avec la mort du patient.

2.1.3. La mort

La mort est définie par le dictionnaire médical : « comme le terme ultime de la vie, avec l'arrêt définitif de toutes les fonctions organiques, notamment la respiration et l'activité cardiaque ». Dans le cadre de la médecine légale, on peut différencier trois types de mort. Il en existe une qui ne peut pas être anticipée, elle est soudaine et imprévue c'est la mort violente. On retrouve également la mort suspecte qui correspond à une mort inattendue et dont la cause n'est pas déterminée durant l'examen du corps. Pour finir, nous avons la mort naturelle qui correspond à une mort liée à une maladie ou bien l'arrêt d'une fonction vitale. C'est celle-ci que nous étudierons plus particulièrement puisqu'une personne en fin de vie sait que l'inévitable approche. Ainsi, la mort est anticipée et la personne soignée perçoit des soins adaptés à sa fin de vie.

Il est alors nécessaire de comprendre les étapes par lesquelles passent le patient lors de l'annonce du pronostic qui conduit inéluctablement à la mort.

Elisabeth Kübler-Ross s'est penchée sur les étapes du deuil du patient envers sa propre mort afin de comprendre les différents comportements et changements psychologiques des patients. Elle propose donc différents « stades du mourir » en 1969. Ces stades sont : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Il n'y a pas de hiérarchie entre ces différents stades, d'un patient à un autre, ils n'arrivent pas dans le même ordre.

Le déni comporte deux définitions, une littérale et une psychotique. La littérale consiste à refuser une action et le patient affirme que la déclaration est fausse. La définition psychotique est un mode de défense qui consiste à refuser la réalité d'une perception traumatisante.

La Colère est une réaction en concordance avec la violence de l'annonce. On ne comprend pas pourquoi cela nous arrive à nous plus qu'à une autre personne. On s'en veut à nous-même de ne pas avoir été plus prudent, prévoyant.

Le marchandage est une émotion ressentie très particulière car on a tendance à croire que si quelqu'un d'autre était à notre place, le médecin accepterait de le guérir. En effet, dans des moments

comme celui-ci, nous avons tendance à oublier les limites de la médecine ainsi les patients vont avoir tendance à négocier avec les soignants, : « je ferais ce que vous voulez si vous me laissez vivre ».

La dépression peut être ressentie à de nombreux moments et parfois même sur des durées importantes. On a tendance à vouloir être seul, se replier sur nous. La tristesse est normale dès lors que l'on est en deuil. Que ce soit le nôtre ou celui d'un proche.

Pour finir, l'acceptation est le moment où le patient se sent prêt, serein et accepte de mourir. Cette étape est très rare, elle serait plus un fantasme soit des soignants, soit de la famille mais même si nous espérons que le patient arrive à cela, il ne faut pas les forcer à l'acceptation.

Face à ces différentes étapes, le soignant doit accompagner au mieux le patient. Mais face à certaines de ces émotions, il est compliqué pour la personne s'occupant du patient de ne pas ressentir à son tour des émotions. Dans la prochaine partie, nous allons nous pencher sur le soignant face à ses émotions dans la prise en soin d'une personne en fin de vie.

2.2. Le soignant et les émotions

2.2.1 Définition

Le terme d'émotion est un dérivé du verbe « émouvoir » d'après l'ancien français et « motion » d'après le moyen français qui signifie « mouvement ». Ce dernier est emprunté au latin « motio » qui est l'action de mouvoir. Le « e » signifie « vers l'extérieur ». Nous pouvons ainsi dire qu'une émotion reflète un mouvement venant de notre intérieur vers l'extérieur c'est-à-dire le monde qui nous entoure.

Le concept d'émotion est connu depuis bien longtemps. En effet, dès l'époque classique, cette notion était déjà utilisée. Platon considérait les émotions comme perturbatrices de la pensée. Au siècle des lumières, Emmanuel Kant trouvait que les émotions étaient « la maladie de l'âme ». Nous comprenons avec ces deux philosophes que les émotions n'étaient pas forcément comprises et étaient donc considérées comme négatives. Par la suite, la compréhension sur les émotions évolue. Pour Charles Darwin, les émotions s'intègrent « dans les précieux comportements adaptatifs et évolutifs des espèces » et pour Jean-Paul Sartre, les émotions constituaient « un mode d'existence de la conscience ». Ces derniers marquent le début d'une toute nouvelle connotation sur cette notion d'émotion.

Il existe de nombreuses définitions données à ce concept. Comme première définition, nous pouvons citer celle du Larousse. Une émotion est une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ».

Robert Dantzer (1988) nous en donne une qui illustre bien cela. Il nous dit que « le terme d'émotion désigne des sentiments que chacun de nous peut reconnaître en lui-même par

introspection ou prêter aux autres par extrapolation ». Nous remarquons que cette définition reste tout de même très large et nous comprenons que pour lui, l'émotion est un sentiment.

Quelques années plus tard, Paul Ekman (1992), nous dit que « les émotions sont des entités psychophysiologiques et comportementales discrètes en nombre fini : les émotions de base qui ont en commun un déclenchement rapide, une courte durée, une survenue spontanée, une évolution automatique et des réponses cohérentes. Ce qui les distingue des attitudes émotionnelles, des humeurs, des traits émotionnels, des désordres émotionnels, des émotions latentes et des émotions complexes ». Cette définition se distingue par sa décomposition des émotions. Elle peut paraître complexe mais semble plus précise et complète que les autres définitions.

A présent, il nous semble intéressant de revenir sur les émotions primaires. Il existe un consensus entre les auteurs sur ces émotions, Ekman prend le soin de nous les citer. Nous avons la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et enfin la joie.

2.2.2 Les réactions physiologiques et la fonction des émotions

En introduction, nous donnerons une vision globale de la fonction des émotions et plus particulièrement au travail. Dans certaines situations, nous pouvons ressentir diverses émotions qui se retrouveront être agréables ou non et qui vont impacter notre prise en charge d'une manière ou d'une autre. Il nous semble donc légitime de nous intéresser à leurs fonctions.

Les émotions remplissent trois fonctions principales d'après le centre pour la santé mentale en milieu de travail (2005-2020). Elles sont utiles car elles « motivent nos actions », « transmettent des renseignements utiles aux autres puisqu'elles peuvent se faire ressentir par l'entourage », remplissent une « fonction d'autovalidation ».

Pour débiter, nous précisons ce qu'est la colère. D'un point de vue physiologique, « la colère fait affluer le sang vers les mains, ce qui permet à l'individu de s'emparer plus prestement d'une arme ou de frapper un ennemi, et une sécrétion massive d'hormones comme l'adrénaline libère l'énergie à une action vigoureuse » (Daniel Goleman, 2014). Elle permet de faire face à une situation qui peut paraître injuste et qui risque de porter atteinte à sa personne.

« La peur dirige le sang vers les muscles qui commandent le mouvement du corps, comme les muscles des jambes, ce qui prépare la fuite et fait pâlir le visage, le sang étant chassé [...] Les centres émotionnels sécrètent massivement des hormones de stress (catécholamines) qui mettent le corps en état d'alerte générale pour être prêt à agir ou fuir » (Daniel Goleman, 2014). Sa fonction première est donc de nous protéger en aiguissant certaines fonctions de notre corps.

La tristesse provoque une chute d'énergie et un manque d'enthousiasme dans la vie. De plus, elle s'accompagne d'un « ralentissement du métabolisme » (Daniel Goleman, édition 2014). Elle motive les comportements de protection et indique aux autres que nous avons besoin de soutien.

La surprise agrandit le champ visuel et augmente de ce fait la quantité de lumière qui pénètre dans la rétine. Cette surprise permet de limiter l'apparition de comportements déviants associés à des émotions inappropriées. Elle favorise l'analyse et donc la « rationalisation de l'évènement ou de la situation » (Martine-Eva Launet & Céline Peres-Court, 2017).

Le dégoût provoque un ralentissement de la fréquence cardiaque et des réactions de « fermeture des sens » qui se manifestent par un plissement des yeux, ou le froncement du nez. Le dégoût provoque aussi « des sensations au niveau intestinal et au niveau de la gorge et s'accompagne de nausées » (Lou Delanoue, 2018). Sa fonction serait de provoquer une sensation qui nous rappelle que ce que nous vivons en ce moment n'est pas en adéquation avec ses valeurs. Le dégoût est propre à chacun et reflète une culture différente.

Pour terminer, nous avons la joie qui va « provoquer la libération de différentes hormones telles que la dopamine, la sérotonine, l'adrénaline, l'ocytocine » (Lou Delanoue, 2018) qui sont toutes des hormones du bien-être. Elle a comme fonction de nous récompenser de nos efforts et cela va nous procurer de bonnes sensations.

Nous pouvons donc constater que toutes les émotions primaires agissent sur notre corps et ont toutes des fonctions bien singulières. Chaque individu sera sous l'influence de ces différentes émotions au cours de leur vie que ce soit au sein de la vie privée ou professionnelle.

2.2.3 La gestion des émotions du soignant lors du soin

Lors d'un soin, plusieurs types d'émotions peuvent parcourir le soignant et elles ont même tendance à influencer celui-ci. Cependant, pour rester professionnel, le soignant doit être capable de recourir à une gestion de ses émotions et pour cela, il existe différents moyens mis en œuvre.

2.2.3.1 Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense représentent « des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions » (Henri Chabrol, 2005)

Il existe un grand nombre de mécanismes de défense que nous pouvons utiliser aussi bien dans notre vie professionnelle que dans notre vie personnelle. Cependant, nous nous pencherons dans cette partie uniquement sur les mécanismes de défense propres aux soignants décrits par Martine Ruzniewski. Elle dénombre neuf mécanismes de défense du soignant dans son ouvrage *Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants* de 1999. Nous reprenons, ici, les idées principales de chacun des mécanismes qu'elle développe tout en les précisant à travers leurs potentielles conséquences sur le patient et/ou la relation soignant-soigné.

Tout d'abord, nous avons le mensonge. Celui-ci correspond à l'action de mentir de la part du soignant de manière consciente afin de ne pas être confronté à la réaction du patient. Il n'y a donc pas de relation soignant-soigné basée sur une confiance réciproque puisque le patient est trompé dans ses connaissances, il ne peut dès lors pas démarrer son processus d'acceptation de sa situation.

La fuite en avant se rapporte au fait que le soignant diffuse l'ensemble de son savoir afin que le patient ne puisse pas avoir le temps de poser des questions, ni la place d'engager une discussion. C'est un échange unilatéral. Cette forme a pour conséquence la consternation du patient et donc qu'il soit beaucoup plus anxieux face à la situation.

La rationalisation décrit le fait que le discours du soignant soit « hermétique et incompréhensible par le patient » (Martine Ruzsniewski, 1999). Le patient se retrouve alors confronté à des propos qu'il ne connaît pas et qui l'angoisse davantage. La communication est alors rompue.

L'évitement se réfère au fait que le soignant ne va pas se confronter à la situation et va alors fuir devant le patient. La personne soignée a le sentiment d'être exclue et seule. Le soignant estime que l'évolution de la maladie du patient n'est pas liée à sa volonté. Tout l'affect est mis de côté.

La fausse réassurance consiste à « optimiser les résultats médicaux en entraînant un espoir artificiel chez le patient » (Martine Ruzsniewski, 1999). Le patient est alors plongé dans une vérité illusoire et le soignant par cet intermédiaire cherche à se rassurer lui-même.

L'esquive est un moyen pour ne pas entrer en communication avec le patient. Le soignant répond toujours en décalage poussant le patient dans un sentiment de solitude.

La dérision a pour but de communiquer avec le patient de manière ironique et avec une pointe de cynisme entraînant alors l'isolement du malade. Celui-ci se sent alors seul.

La banalisation est décrit comme « Le mécanisme de la distanciation professionnelle par excellence » (Martine Ruzsniewski, 1999). C'est voir le malade non pas comme une personne pourvue de sentiments et d'émotions mais comme un corps malade qu'il faut soigner. Le patient ne se sent alors pas reconnu par le personnel soignant.

Pour finir, il y a l'identification projective qui consiste à ce que le soignant se retrouve dans la personnalité du patient et prend alors l'ensemble de ses émotions, sentiments et pensées. Il ne prend donc plus en compte ce que le patient souhaite mais agit en fonction de ce que lui estime être bon pour son patient. La personne soignée a donc le sentiment de partager sa souffrance et si celle-ci continue, malgré le respect des propositions données pour les atténuer, alors la personne soignée aura un sentiment de culpabilité et une majoration de son angoisse.

Les mécanismes de défense mis en place par le soignant sont donc inconscients et vont le protéger d'évènements stressants, de la peine que l'on peut ressentir, etc. Il peut donc y avoir une certaine distance qui se crée entre le soignant et le patient pour éviter de ressentir différents types d'émotions ce qui entrainera « une déshumanisation des soins » (Coralie Brenier, 2012). Lorsqu'un

soignant pratique un soin, il est important que la relation soignant-soigné reste professionnelle. Les émotions ne doivent pas prendre le dessus et interférer dans le soin car cela peut nuire au patient mais également au soignant.

Cependant, il est important de prendre en compte que le contact avec le patient fait partie intégrante du travail d'infirmier-ère-s et que les mécanismes de défense ne doivent pas non plus, à l'inverse, interférer de manière néfaste sur la prise en charge du patient. « Ce qui protège temporairement le soignant, isole le patient, l'empêche de pouvoir bénéficier d'une relation authentique » (Coralie Brenier, 2012).

Le soignant n'est pas dans l'obligation de réagir par un mécanisme de défense, il peut également faire ce que l'on appelle un « travail émotionnel » le protégeant alors d'un possible mécanisme de défense néfaste sur sa relation avec le patient.

2.2.3.2 Le travail émotionnel du soignant

Le travail émotionnel fait partie intégrante du rôle de l'infirmier. Il correspond à « l'effort qu'on doit faire pour donner l'impression que l'on ressent – pour essayer de ressentir- le sentiment requis par la société et pour essayer d'entraîner le sentiment requis chez les autres » (Arlie Hochschild, 1983).

Cette notion de travail émotionnel reste mal reconnue alors que cela fait partie intégrante du soin et de la prise en charge. De plus, ce travail émotionnel est vu comme une question de « compétence individuelle » (Marc Lorient, 2014) alors qu'il est difficile de la juger puisque c'est un travail, qui reste avant tout, personnel. « Le travail émotionnel s'accomplit à la fois au cœur de l'interaction et à distance de celle-ci, au sein même de l'hôpital mais aussi à l'extérieur » (Catherine Mercadier, 2012) De plus, Catherine Mercadier (2012) explicite que lors des soins qui entraînent un bouleversement émotionnel, les soignants vont « instrumentaliser le soin » dans le but de supprimer « une dimension sensorielle et diminuer ainsi son impact ». Par exemple, « l'utilisation de gants protège soignants et soignés du contact établis par le toucher ». Par ailleurs, elle éclaire le principe que par la technique et l'utilisation d'outils tels qu'un tensiomètre, le soignant est quelque part « protégé » de l'affect du patient et la « souffrance et nudité » que celui-ci peut avoir. Également, elle développe l'idée que les soignants suivent des protocoles qui ritualisent les soins. En effet, dans l'un des témoignages qu'elle a réalisés, une soignante raconte qu'« il y a une incompatibilité entre le soin protocolarisé et une relation chaleureuse, humaine ». Ainsi, rendre chaque soin à la manière d'un rituel permettrait d'« atténuer les affects qu'il pourrait susciter ».

Elle fait aussi référence à la tenue du soignant qui impose directement la mise à distance avec le patient contrôlant dès lors l'affect avec plus de manœuvre possible. En effet, la posture soignante accordée par notre tenue blanche accorde au soignant la possibilité « de ne voir ni le beau, ni l'horrible, qui garde les mauvaises odeurs et les impressions douloureuses ; quand il l'enlève à la fin de son

service, une partie de son vécu y reste collée ». Pour finir, la parole et l'humour, le rire qu'il peut exister entre le soignant et le soigné fait aussi barrière pour diminuer et cacher l'émotion du soignant face à n'importe quelle situation provoquant un état émotionnel important.

Alors, dans un contexte de fin de vie, ce travail émotionnel doit permettre de faire face et de rester professionnel malgré la multitude d'émotions que nous pouvons avoir. De plus, il peut s'avérer fréquent que la « communication verbale ne soit plus possible et il y a donc la mise en place d'une communication non-verbale voire émotionnelle » (Marc Lorient, 2014).

Dans les situations de fin de vie, une émotion qui revient de manière récurrente est la tristesse et c'est pourquoi nous choisissons d'en parler de manière plus détaillée puisque le soignant va y être confronté.

2.2.4 La tristesse du soignant dans une situation de fin de vie

La tristesse du soignant est une émotion qui peut s'avérer très intense et il peut alors pour éviter d'y être confronté, choisir inconsciemment de l'ignorer. « Certains préfèrent sembler être indifférents plutôt que de montrer leurs émotions : tristesse, larmes aux yeux, voix tremblotante, difficulté à s'exprimer, ... » (Grillon Isabelle, 2012). A partir de là, nous comprenons que les mécanismes de défense détaillés plus haut vont être mis en place dans ce genre de situation pour permettre au soignant de garder de la distance.

Quand le soignant se sent trop affecté par la situation qu'il est en train de vivre, ou à la suite d'une succession d'évènements marquants, la tristesse peut s'accompagner d'un élément visible par tous qui ne sont autres que les larmes. En effet, dans un contexte de fin de vie, il y a une tension qui se forme puisqu'il y a d'un côté, le patient qui se rapproche de la mort et qui ne peut rien faire, et de l'autre, le soignant qui fait son possible pour soigner mais reste impuissant face à la mort qui arrive. De ce fait, la tristesse du soignant ne vient pas uniquement de la situation de fin de vie du patient, mais peut également venir des reproches que pourraient faire les patients ou leurs entourages sur la prise en charge. « C'est souvent la tristesse de la famille qui affecte le plus les infirmières » (Catherine Mercadier, 2012).

« L'un des facteurs qui influe particulièrement sur la réaction de la soignante est la nouveauté de l'épreuve » (Margot Phaneuf, 2014). Le premier décès vécu devient un évènement marquant et « lui fait vivre un sentiment de tristesse » (Margot Phaneuf, 2014). Seulement, un(e) infirmier(e) qui travaille dans une unité de soins palliatifs ne sera pas confronté une seule fois à la mort, cela va être plus ou moins récurrent puisqu'il s'agit, parfois, d'accompagner des patients en fin de vie. La répétition des décès peut également, sur le long terme avoir un impact psychologique sur le soignant. Cet impact se traduira par de la tristesse suite « au départ de personnes qu'elle a appris à connaître, qu'elle a

côtoyée parfois durant des jours et accompagnée du mieux qu'elle pouvait dans leurs souffrances physiques et morales (Margot Phaneuf, 2014).

Dans ce rapport à la tristesse, nous pouvons également parler de l'âge qui est un facteur augmentant la tristesse du soignant. En effet, lorsque le soignant se retrouve à avoir le même âge que le patient, le choc perçu peut être encore plus conséquent puisque cela est « un rappel direct à sa propre vulnérabilité, à sa propre mort » (Margot Phaneuf, 2014) et cela favorise également l'apparition de la tristesse.

Nous pouvons donc dire que dans un contexte de fin de vie, la tristesse du soignant sera plus importante puisqu'il y a cet attachement avec le patient et le fait qu'on se sente davantage responsable d'après le témoignage d'une infirmière dans le livre de Catherine Mercadier (2012). Cette émotion se fera forcément ressentir à un moment donné par un soignant dans des contextes divers et variés mais principalement, lorsque la mort entre en jeu. Le paradoxe que nous pourrions mettre en lumière est le fait que personne ne cherche à être triste et à en ressentir ses effets et pourtant, le personnel soignant s'investit plus ou moins dans une relation d'attachement ce qui dans un contexte de fin de vie, favorise cette tristesse. Il y a cette notion de deuil répétitif qui se met en place et qu'il va falloir apprendre à maîtriser pour éviter de montrer sa propre tristesse lorsque nous sommes face à des patients.

2.3 La résonance personnelle du soignant

2.3.1 Définition

La résonance, d'un point de vue psychologique, est définie comme « Ce qui provoque une réponse chez quelqu'un, ce qui l'émeut » (Larousse, 2020). Par ailleurs, le terme de « personnel » évoque le principe « Qui appartient à quelqu'un, qui lui est propre » (Larousse, 2020). Donc, la résonance personnelle correspond à « tout ce qui est éveillé en nous par les personnes et les situations auxquelles nous nous trouvons confrontées » (Michèle Gigandet, 2011). Cette définition implique donc que l'ensemble des émotions, réactions physiologiques ou encore mécanismes de défense que l'on met en place sont liés à ce que l'on perçoit de l'autre. Ce qui nous ramène à quelque chose ou à quelqu'un que l'on connaît, un souvenir. Elle explique également que ce processus est conscient ou inconscient et c'est pourquoi, selon elle, il faut tout d'abord débiter par s'écouter soi-même. De plus, il faut repérer l'ensemble des réactions que produit son corps, les émotions, ou encore les paroles que l'on émet pour finir par se questionner sur notre propre réponse à l'événement que l'on est en train de vivre.

Chaque soignant est un individu ayant du vécu et donc un vécu personnel. Ce vécu peut alors faire résonance lorsqu'une situation lui rappelle un moment de sa vie personnelle. Ljiljana Zivkovic (2011) dit : « Dans un contexte de maladie grave, la relation sera soumise à une intensité émotionnelle

importante et va se construire progressivement autour de l'angoisse et de la souffrance du malade et la résonance que cela aura chez le soignant ». On comprend alors l'importance d'effectuer un travail émotionnel sur soi ou bien d'apprendre à gérer ses émotions.

Cette notion de résonance personnelle est peu abordée par les auteurs, les soignants ou encore dans des articles. Cependant, au fur et à mesure des investigations, le terme de contre-transfert apparaît amplement lorsqu'on recherche la résonance personnelle du soignant. Ainsi, il est nécessaire dans ce contexte de développer plus largement l'idée de contre-transfert.

2.3.2 Le contre-transfert dans la relation entre le soignant et le soigné

Le contre-transfert est défini comme l' « Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation » (Larousse, 2020). Cette notion s'applique dans le cadre où le soignant se situe en face d'un patient auquel il peut s'identifier ou bien identifier l'un de ses proches développant alors une réaction émotionnelle. La première personne à parler de contre-transfert est Sigmund Freud (2010) « développer la peau épaisse dont nous avons besoin pour dominer "le contre-transfert", lequel constitue, après tout, un problème permanent pour nous ». Nous comprenons donc qu'il a une image négative du contre-transfert puisque, selon lui, il ferait office d'obstacle ou d'inconvénient au développement de la cure. Cependant, Paula Heimann (1987) voit le contre-transfert comme un outil technique et notamment de communication avec le patient : « Je soutiendrai la thèse que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient au sein de la situation analytique constitue son outil de travail le plus important. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient. [...] C'est pour lui la façon la plus dynamique d'être atteint par la voix de son patient. La comparaison des sentiments suscités en lui-même aux associations et au comportement de son patient est pour l'analyste le moyen le plus sûr de vérifier s'il a compris ou non son patient. ». Ainsi, Paula Heimann expose le fait qu'à travers la situation du patient où le soignant peut s'identifier par rapport à sa vie personnelle, alors ce dernier peut utiliser ses ressources personnelles pour comprendre et aider le patient. Alors, au contraire de Sigmund Freud, Paula Heimann évoque le contre-transfert comme un outil de soins positif.

Alors que la résonance personnelle et le contre-transfert influence la relation du soignant avec le patient, nous allons voir quels impacts cela engendre sur la vie professionnelle du soignant.

2.3.3 L'impact de la résonance personnelle sur la vie professionnelle

L'histoire de vie du soignant va donc impacter sa vie professionnelle puisque celui-ci redoute « l'interaction avec la personne soignée » (Catherine Mercadier, 2012). En effet, le souvenir d'une maladie ou bien le décès d'un proche peut raviver des émotions fortes chez le soignant brusquant alors

sa relation avec le malade. Alors, le contexte va émotionnellement toucher le soignant entraînant des répercussions sur lui-même mais également sur l'ensemble des personnes qu'il côtoie dans le cadre de son travail. Jean-Jacques Prahin (1999) dit « le risque est grand de se retrouver piégée dans sa relation avec le patient et de perdre de vue sa mission première ».

Ainsi, l'un des premiers impacts qu'on peut évoquer est la distance avec le patient. En effet, il est primordial de savoir adapter la relation avec le patient et donc d'avoir la juste distance avec lui. Dans le cadre d'une résonance personnelle, le soignant, très affecté par la situation, ne sera peut-être plus dans la capacité de percevoir sa mission initiale qu'est le soin. Alors, il existe deux schémas de divergences possibles. Dans un premier temps, le soignant peut se rapprocher de manière plus intime avec le patient tronquant alors sa manière de prendre soin du patient. Cela aurait donc pour conséquences d'impacter la relation thérapeutique puisque celle-ci relèvera plus d'une relation affective. Dans un second temps, le soignant peut, à l'inverse, mettre une distance trop importante avec le patient. Dans ce cas-là, le patient se sentira délaissé par le corps soignant et la relation sera remplacée par une simple relation de civilité (correspondant aux codes socio-culturels). Dans chacun des cas, l'objectif inconscient du soignant est de se protéger de la situation qui est émotionnellement trop forte pour qu'il reste neutre.

Finalement, chaque émotion provoquée dans le cadre d'une résonance personnelle avec un patient peut altérer la relation et donc le prendre en soin de celui-ci mais peut aussi fortement impacter le côté psychologique du soignant. En effet, si la situation lui rappelle un souvenir trop douloureux alors l'infirmier-ère rentrera dans une situation de souffrance psychique qui peut être compliquée à résoudre dans certains cas.

Nous avons donc vu ce que signifiait la résonance personnelle et ses impacts sur la vie professionnelle du soignant mais quand est-il du prendre soin lorsque le soignant est confronté à une situation qu'il lui rappelle sa vie privée ? Nous allons nous pencher sur la définition du prendre soin dans un contexte de fin de vie mais également dans un cadre de résonance personnel.

2.4 Le prendre soin

2.4.1 Définition

Dans le cadre des soins infirmiers et notamment dans les démarches de soins que nous faisons, notre objectif premier est de prendre en soin le patient de manière globale. En effet, nous cherchons à ce que l'ensemble des dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales du patient soient prises en compte dans notre prendre soin. Mais alors à quoi correspond réellement ce terme ? Pour comprendre cette notion, nous précisons tout d'abord à quoi correspond le soin. Le soin est « l'attention particulière portée par un soignant à une personne assez proche - ou à un groupe de personnes - en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide,

les compétences et les qualités qui en font des professionnels [...] le soin permet toujours de faire quelque chose pour quelqu'un afin de contribuer à son bien-être quel que soit son état » (Walter Hesbeen, 1997). Ainsi, le soignant prodigue des soins aussi bien curatifs, éducatifs, préventifs, de maintenance et de réhabilitation auprès du patient selon ses besoins. Cependant, le soignant est dans le « prendre soin » quand il intègre dans sa prise en charge une dimension à la fois éthique et philosophique importante pour le patient. Il va au-delà de la juste réalisation du soin, qui a pour but de soigner, alors que le prendre soin tient compte de la perspective psychologique et de la dignité du patient. Le soignant développe à la fois un savoir-faire mais aussi un savoir être. Walter Hesbeen (1997) caractérise ce concept comme « prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie »

Nous venons de définir le concept de prendre soin. Dans le cadre de mes recherches, j'accorde cette notion avec le contexte de fin de vie. Ainsi, l'objectif suivant est de comprendre toute l'importance et l'impact du prendre soin d'une personne en fin de vie mais également de discerner les moyens mis en place pour au mieux accompagner cette personne.

2.4.2 Qu'est-ce que prendre soin d'une personne en fin de vie ?

A travers les différentes parties, nous avons compris que la fin de vie est un moment très particulier aussi bien pour le patient que pour le soignant puisque cette notion engage des émotions des deux individus. Cependant, le soignant se doit de prendre soin de la personne en fin de vie. Pour se faire, Cicely Saunders (1955) développe l'idée du « total pain » ou « douleur totale » c'est-à-dire qu'elle envisage la douleur à plusieurs échelles telles que la douleur physique, psychologique, sociale et spirituelle tout en plaçant le patient et sa famille au cœur de ce schéma. Il faut donc tenir compte de l'ensemble de ces paramètres pour prendre soin de la personne en fin de vie.

Dès lors, il devient nécessaire de soulager les symptômes selon des évaluations faites en pluridisciplinarité. Ainsi, l'équipe soignante doit rechercher le problème et définir les stratégies à mettre en place en élaborant des objectifs de soins et de traitements. De plus, il faut instaurer une relation de confiance avec le patient et sa famille au risque de voir un refus de soin s'imposer. Alors, prendre en soin une personne en fin de vie signifie qu'il doit y avoir l'existence d'une relation soignant, soigné. Par conséquent, le soignant peut instaurer divers moyens pour établir cette relation. Il peut faire preuve d'une écoute active, d'empathie, de communication verbale et non verbale, de capacité de transformation des conflits, de disponibilité, de respect de la personne et d'adaptation. Le but est alors de développer la bonne relation pour que le soignant puisse « Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie ». (Nom d'une fédération créée en 1987)

Pour finir, il est primordial de spécifier que l'accompagnement et le prendre soin d'une personne en fin de vie se soucient du respect de l'être humain, c'est le laisser libre de ses choix. Marie de Hennezel (1991) dit « Accompagner, ce n'est pas guider en fonction de telle ou telle représentation de la mort, c'est suivre pas à pas celui qui va mourir en lui permettant d'accéder à ce qui, pour lui, est le mieux ». De plus, la dignité du patient doit être fondamentale dans le prendre soin, « Il n'existe pas d'autre voie vers la solidarité humaine que la recherche et le respect de la dignité individuelle » (Pierre Lecomte du Noüy, 1949). Ainsi, le prendre soin d'une personne en fin de vie consiste à promouvoir la meilleure qualité de vie possible pour le patient et ses proches.

Pour prendre soin d'une personne en fin de vie, il faut prendre en considération la douleur totale, la dignité, les symptômes du patient mais aussi les besoins et les demandes de celui-ci et de sa famille, de ses proches. Il faut mettre le patient au cœur du soin et de l'accompagnement tout en incluant ses proches. Nous allons maintenant aborder le prendre soin d'un patient en fin de vie dans une situation de résonance personnelle.

2.4.3 Comment prendre soin d'une personne en fin de vie dans une situation de résonance personnelle ?

Ce qui peut faire que le soignant rentre en résonance personnelle vis-à-vis de la situation de fin de vie du patient est le réveil d'un deuil personnel. Le prendre soin est alors plus complexe puisque notre vécu, nous pousse parfois à effectuer, non pas ce que le patient souhaite, mais ce que le soignant aurait aimé faire auprès de la personne mourante qu'il connaissait. Ainsi, l'importance de la distance relationnelle montre tout son intérêt dans le cadre de cette situation puisqu'en effet si le soignant souhaite continuer à prendre soin de la personne en fin de vie, il lui faudra l'adapter au mieux. C'est pourquoi, il doit trouver ce qui s'appelle la juste distance pour ne pas être trop impliqué mais aussi, à l'inverse, pour ne pas déshumaniser les soins auprès du patient. La juste distance pour Pascal Prayez (2016) est « la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places », il indique également « l'identification à l'autre [...] nous fait perdre toute distance ». En d'autres termes, le soignant doit s'accorder à garder une distance professionnelle cependant, parfois, il n'est pas aisé de pouvoir garder cette juste distance. En effet, « On a beau chercher la distance juste, il arrive qu'on soit submergé. C'est sans doute aussi le prix à payer pour ne pas devenir insensible et rester tout simplement humain » (Marie De Hennezel, 1995).

De plus, chaque cas est différent alors le soignant doit être capable de s'adapter à chaque être humain dont il prend soin. En effet, dans le cadre de la relation entre le soignant et le soigné, de multiples paramètres sont à prendre en compte notamment le vécu de chacun, les habitudes de la personne, ou bien le contexte de soins. C'est à travers ces paramètres que va se construire la relation entre le soignant et le patient, c'est-à-dire, la relation d'aide. C'est une relation à double sens. Tout

d'abord, on a le soigné avec une histoire de vie mais qui sur le moment présent éprouve une ou des souffrances c'est pourquoi il demande de l'aide. C'est l'acteur décisif de la relation. Ensuite, il y a le soignant qui répond à la requête du soigné nécessitant ainsi des compétences et des qualités spécifiques. Alors, cette relation se réalise dans le cadre professionnel et donc ne peut pas déborder en fonction de la vie personnelle du soignant. Carl Rogers (1968) dit « tout individu possède un potentiel suffisant pour gérer tous les aspects de sa vie. »

Pour finir, le soignant, en apprenant à gérer ses émotions, et au fil des années, en acquérant de l'expérience, aura plus de facilités à ne pas se confronter à une résonance personnelle. Cela lui permettra de prendre soin de son patient en fin de vie de façon plus adaptée et selon le souhait de celui-ci. De plus, comme vu précédemment, dans certains cas, le soignant utilise des mécanismes de défense adaptés à la situation pour se protéger psychologiquement de l'impact que cela peut avoir sur lui. Cependant, est-ce que à ce moment-là, il est toujours dans le prendre soin de la personne en fin de vie ?

3. La méthode d'analyse

Après avoir réalisé mon cadre théorique, j'ai débuté ma recherche empirique pour me baser sur de nouvelles données afin d'éclaircir mon sujet de recherche. Ainsi, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative à travers la réalisation de trois entretiens. C'est pourquoi, j'ai tout d'abord élaboré un guide d'entretien dit semi-directif. Ceci permettant à la fois de poser un cadre mais permettant également à la personne interviewée de partager une situation ou un fait qu'il souhaite explorer (Voir annexe 1). Dans chaque entretien, j'ai essayé d'être dans le non-jugement et dans le respect de la personne. Pour se faire, j'ai effectué une écoute active auprès des infirmières mais je suis aussi restée le plus neutre possible.

3.1 Les objectifs du guide d'entretien

Lors de la rédaction de mes entretiens, j'ai pu déterminer plusieurs objectifs. Tout d'abord, comprendre leurs représentations des émotions, puis identifier la place des émotions dans la posture soignante, déterminer les situations de soins qui rappellent un événement personnel, comprendre le prendre soin dans les soins palliatifs, établir l'impact des émotions, en lien avec une résonance personnelle, sur le prendre soin. Pour finir, distinguer des méthodes pour gérer ses émotions.

3.2 La population interviewée

Grâce à mon stage de semestre 6-1, j'ai pu avoir accès à l'unité de soins palliatifs présents dans l'établissement. Ainsi, après avoir eu l'accord de la cadre de ce service, j'ai pu faire mes demandes d'entretiens. J'ai décidé d'en réaliser trois auprès des infirmiers. J'ai alors pu rencontrer une première infirmière qu'on appellera IDE 1 ayant une expérience auprès des personnes en fin de vie mais ne travaillant actuellement plus dans l'unité de soins palliatifs. Elle travaille en unité de pneumologie où des lits identifiés soins palliatifs sont présents. La seconde infirmière, appelée IDE 2, travaille dans le service de soins palliatifs depuis une dizaine d'année. Pour finir, la dernière infirmière, nommée IDE 3, est celle qui a le plus d'ancienneté puisqu'elle est dans l'unité de soins palliatifs depuis vingt ans.

3.3 L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens

J'ai fait le choix pour mes entretiens de m'installer dans un bureau ou dans le salon des familles de façon à ne pas être interrompue et que la pièce soit calme. Nous nous sommes placées en face à face. Après avoir eu leur accord pour enregistrer, j'ai décidé d'utiliser mon téléphone puisque selon moi c'était le plus pratique à mettre en place pour pouvoir retranscrire par la suite mes entretiens. Ainsi, j'ai tout d'abord réalisé mon premier entretien dit entretien d'essai puisqu'il m'a permis de découvrir cette méthode mais également de pouvoir réajuster si besoin mon guide d'entretien. Le second s'est déroulé le jour suivant. Le dernier, quant à lui, a eu lieu une semaine après afin de correspondre au niveau des emplois du temps de chacune mais aussi, pour de nouveau, adapter, si

nécessaire, mon guide. Chaque entretien a duré entre vingt et trente minutes permettant d'avoir un échange, à la fois suffisant pour avoir des données à analyser, mais pas trop long non plus afin de ne pas être hors thème.

3.4 Bilan du dispositif

3.4.1 Points forts

Lors de mes entretiens, j'ai trouvé que les réponses données étaient très enrichissantes aussi bien pour ma recherche mais également pour moi, mon parcours et ma future posture soignante. De plus, les infirmières qui ont répondu à mes interrogations ont fait preuve de beaucoup de gentillesse et ont pris le temps pour l'ensemble de l'entretien. Elles ont montré de l'intérêt pour ma thématique. L'entretien est resté fluide. Pour finir, le choix des personnes a été pertinent puisqu'elles n'avaient pas toutes les mêmes expériences et parcours professionnels. C'est pourquoi, elles avaient des visions différentes sur le sujet ce qui permet d'avoir des données diverses variées.

3.4.2 Difficultés

La principale difficulté que j'ai eu est de pouvoir rester uniquement sur le sujet. En effet, les infirmières divaguaient rapidement sur d'autres sujets, très intéressants, mais m'apportant moins de données nécessaires pour la réalisation de ma recherche.

3.4.3 Limites

C'était la première fois que j'effectuais un entretien où j'étais l'intervieweur ce qui m'a beaucoup déstabilisé. Lorsque l'on n'a pas l'habitude, je trouve l'exercice de cette pratique difficile puisque j'ai de l'appréhension à me retrouver face à quelqu'un. De plus, à de nombreuses reprises et malgré ma demande pour être dans une salle calme, le téléphone, que les infirmières avaient sur elles, a sonné. Ceci m'a donc obligé à arrêter l'enregistrement audio et de le reprendre ensuite. Il est, alors, plus compliqué de poursuivre la conversation où l'on s'était arrêté. Je dirais donc qu'une des limites à cet entretien fut de le faire sur le lieu de travail pendant leur activité.

Pour terminer, mon sujet impliquant de nombreuses notions, j'ai fait le choix de ne pas leur poser des questions autour du thème de la fin de vie. Cependant, durant l'entretien, le sujet revient régulièrement à travers les autres thématiques de la part des deux infirmières de l'unité de soins palliatifs. J'ai donc deux avis sur ce sujet mais aucun pour l'infirmière de pneumologie. J'aurais peut-être pu demander ce que représente la fin de vie selon elles pour plus approfondir le sujet .

4. Analyse descriptive

4.1 Les émotions

4.1.1 Identifier les représentations sur les émotions

Les infirmières interviewées ont dans un premier temps défini les émotions. Tout d'abord, l'IDE 1 exprime avant tout un côté « très personnel » et « personne dépendant », pour elle, c'est « tout ce qui n'est pas dit », c'est la « façon que la personne a de réagir ». L'IDE 3 renforce cette idée lorsqu'elle évoque que ça « passe beaucoup par notre manière d'être, le physique », « Tout ce qui n'est pas dit ». En effet, l'IDE 3 pose des mots propres au non verbal, c'est-à-dire qu'elle énonce des réactions physiologiques : « ça peut être aussi un rire, ça peut être des pleurs, des larmes ». L'IDE 1 précise que c'est « pas toujours comme ça aussi », « après y a des gens qui vont beaucoup parler ».

Chacune évoque un côté positif ou négatif des émotions. Par exemple, selon l'IDE 2, les émotions « dans tous les cas, elles ne sont pas négatives » mais, de nouveau d'après l'IDE 2, « le tout c'est de pouvoir l'exprimer », c'est « quelque chose qu'il ne faut pas freiner » car elle estime que « c'est négatif si tu t'autorises pas à verbaliser ». On comprend donc que les émotions doivent, pour elle, être oralisées pour mieux vivre avec. L'IDE 3 nuance cette idée puisqu'elle considère que les émotions peuvent être les deux « que ce soit positif ou négatif ».

Durant les entretiens, et notamment avec l'IDE 1, j'ai pu constater que cette question sur les émotions était très vaste et d'ailleurs, l'IDE 1 revient dessus à un moment en me disant « J'ai pas de définition », elle me dit ceci avec un air perplexe. Cependant, cette perplexité, j'ai pu la ressentir avec les deux autres infirmières. Pour les trois infirmières, c'est donc une notion très abstraite qui reste tout de même très importante dans la posture soignante.

4.1.2 Identifier la place des émotions dans la posture soignante

Les trois infirmières s'accordent sur le fait que, dans le métier de soignant, il est important et nécessaire d'avoir des émotions. L'IDE 1 dit « Si on en a pas, on peut pas accompagner bien les gens » et l'IDE 2 appuie cette idée en indiquant qu' « un bon accompagnement, il se fait avec des émotions parce que sans émotion, il y a de la froideur, il y aurait de la distance ». L'IDE 3 évoque même le fait que « le jour où moi je n'aurais plus d'émotion, il faudra que je change de métier » car pour elle « Quelqu'un qui n'a pas d'émotion, c'est quelqu'un qui va pas bien soigner ». Cette conclusion qu'elle émet démontre l'impact très important des émotions sur la posture de soignant.

Cependant, elles se rassemblent sur l'idée qu'il faut trouver un équilibre dans l'expression de nos émotions lorsque l'on travaille. L'IDE 1 affirme qu'il ne « faut pas se laisser envahir par ses émotions, qu'elles soient juste bien dosées » et qu' « il faut trouver le juste milieu ». L'IDE 2 confirme que « oui, tu peux pas t'écrouler devant la famille » mais que « les situations, elles nous touchent, c'est

normal, l'inverse serait étonnant [...] On est des femmes ou des hommes qui accompagnent des hommes et des femmes et puis ça ne nous rend pas pour autant moins compétents, moins soignants ». Ainsi, par leur discours, on perçoit qu'il est fondamental à la fois d'avoir des émotions mais également de savoir les maîtriser pour obtenir comme le dit l'IDE 2 « la bonne proximité, la juste proximité », « la distance professionnelle ».

4.1.3 Identifier la place des émotions au sein des soins palliatifs

Dans les soins palliatifs, l'IDE 2 parle du fait que les émotions sont très marquées, elle dit « D'autant plus quand on travaille dans une unité de soins palliatifs, on est imprégné par ça, par les émotions ». Elle insiste même sur ce point : « les émotions ça fait partie de la vie, ça fait partie de la fin de vie ». On comprend donc que les émotions sont présentes tout au long de notre existence et ceci jusqu'à la fin.

De plus, l'IDE 1 souligne que pour elle, une émotion est particulièrement prédominante, celle de la tristesse. Elle dit « Je te parle de la tristesse parce que l'accompagnement de fin de vie et tout ça, c'est surtout la tristesse ». En revanche, l'IDE 2 pense le contraire, elle explique que « c'est plutôt de la joie », « on a des très bons et des très beaux moments », « c'est pas parce qu'on travaille avec des gens en fin de vie qu'il faut être triste ». On distingue donc deux approches et deux points de vue différents sur la notion des soins palliatifs.

L'IDE 3 accentue sur le fait qu'en tant que soignante, il faut rester nous-même, il ne faut pas mentir : « Il faut garder son authenticité », « Les gens savent si on cache des choses ». Pour elle, la démonstration de ses émotions peut être un atout au sein des soins palliatifs : « ça peut être une force aussi de montrer son émotion, pour moi en tout cas, surtout en soins palliatifs ».

Pour finir, elles s'accordent toutes les trois en disant qu'il faut tout de même restreindre un minimum les émotions pour ne pas tout déverser, devant les familles notamment : l'IDE 1 : « Mais en même temps, surtout en soins palliatifs, tenter de ne pas se laisser submerger, notamment par la tristesse, parce qu'on est là pour accompagner, pour soutenir, pour aider au quotidien » ; l'IDE 2 : « Oui, tu peux pas t'écrouler devant la famille » ; l'IDE 3 : « Je trouve que pleurer devant la famille c'est, je ne sais pas si c'est une bonne chose parce qu'ils ont déjà leur peine à vivre ».

4.1.4 Distinguer des méthodes pour gérer ses émotions

Concernant la gestion des émotions, les deux infirmières de l'unité de soins palliatifs évoquent le fait qu'il est important de pouvoir en parler. L'IDE 3 met en avant que dans leur unité « on a une psychologue » et l'IDE 2 argumente cette nécessité de parler en expliquant : « on a des temps d'échange en équipe pour pouvoir parler de tout ça ». Elle insiste même « les émotions, il faut apprendre à en parler ou les écrire mais essayer d'en faire quelque chose », « faire en sorte d'en faire

quelque chose de positif, toujours ». L'infirmière de pneumologie, l'IDE 1, évoque le fait que la gestion des émotions est individu-dépendant « après la gestion des émotions c'est propre à chacun », « j'ai pas de manière, c'est vraiment plutôt de l'ordre de fonctionnement de chacun ». Lorsqu'elle explique sa manière de faire, elle précise plutôt le fait qu'elle s'écarte de la situation « tu fais avec, tu fais au mieux », « tu prends un petit peu de distance et puis tu reviens », « je m'efface de la situation ». Elle montre bien que ce n'est pas évident de gérer ses émotions « on fait comme on peut surtout ». Cependant, elle explicite que « l'âge et l'expérience professionnelle aide aussi peut-être, et du coup tu es moins impacté au fur et à mesure des rencontres ». Pour finir, l'IDE 3 parle du fait qu' « on est là pour les accompagner, faut prendre du recul » ou alors si ce n'est pas possible, l'IDE 1 dit qu'il faut déléguer à un ou une collègue « J'ai passé la main ».

4.2 Le prendre soin dans les soins palliatifs

Lors de mes entretiens, je n'ai pas interrogé les infirmières sur le prendre soin dans les soins palliatifs et de fin de vie. Cependant, le sujet a quand même été abordé par les infirmières de l'unité de soins palliatifs. L'IDE 3 explique que dans les soins palliatifs ce qui l'attire particulièrement c'est « quel est le but, quel est l'intérêt », « c'est la question du sens de chacun de nos soins [...] je trouve que ça aide à la prise en charge », elle ajoute « c'est un questionnement permanent de pourquoi on fait les choses ». L'IDE 2 évoque plus le contact avec le patient « pas rentrer dans la routine, d'accompagner chaque patient et chaque famille de façon particulière ». Elle explique qu'il est important « de pas trop rentrer dans les protocoles et puis essayer de ne pas penser à la place de, faire en se disant je pensais bien faire donc j'ai fait ça ». Selon elle, il faut « toujours questionner les patients et les familles pour pas penser à leur place ». Finalement, il faut savoir s'adapter à chaque patient : « On sait pas comment l'autre vit les choses et on peut pas supposer pour l'autre, il faut questionner et s'adapter ». L'IDE 3, dans ses propos, semble en adéquation avec cette idée puisqu'elle dit « c'est jamais pareil d'un patient à l'autre ». Pour finir, l'IDE 2 évoque le fait que dans les soins palliatifs, « tu ne mens pas ». D'après elle, « ce que tu vas amener avec toi c'est décisif pour le reste du temps que tu vas passer avec le patient ».

4.3 La résonance personnelle

4.3.1 Déterminer les situations de soins qui évoque une résonance personnelle

Lors de mes entretiens, les infirmières ont caractérisé certaines situations de soins rappelant un événement personnel. Le rapprochement avec un proche est souligné par les trois infirmières dans le cadre de la résonance personnelle. Effectivement, l'IDE 1 exprime : « c'est le plus chargé en émotion, c'est que des fois tu fais des transferts avec [...] tes proches », l'IDE 2 parle de « quand c'est compliqué avec les familles c'est souvent qu'il y a une histoire de transfert, je te dis des enfants jeunes parce que

j'ai des enfants jeunes », l'IDE 3 dit « j'avais du mal, j'ai une fille de cet âge-là donc je suis maman et oui l'émotion, elle était bien présente ».

L'IDE 1 suggère le principe que « c'est un peu du privé qui s'immisce dans ta vie professionnelle ». L'IDE 2 également en disant « c'est compliqué dans le sens où ça sort un peu plus de notre quotidien », « dès qu'on se projette un peu plus ».

4.3.2 Distinguer des méthodes pour gérer ses émotions dans le cadre d'une résonance personnelle

Lorsque j'ai questionné les infirmières sur leur gestion des émotions dans le cadre d'une résonance personnelle, les trois infirmières m'ont évoqué trois façons différentes de faire. L'IDE 1 mentionne « moi je m'épanche pas », elle dit « tu te reprends, ça remonte et puis tu passes à autre chose ». Au contraire, l'IDE 2 aborde qu'il faut « savoir l'admettre, s'en rendre compte, accepter d'en parler à ses collègues et puis passer le relai » ou bien « demander à une collègue de t'accompagner ». Et l'IDE 3 précise « je suis restée authentique, je n'ai pas fui », elle dit qu'il ne faut « pas culpabiliser et dire c'est de ma faute ». Cependant, comme l'IDE 2, elle pense qu'il ne « faut pas rester seul avec ça, [...], il faut en parler ».

4.3.3 Etablir l'impact de nos émotions sur le prendre soin, en lien avec une résonance personnelle

Lorsque j'ai demandé aux infirmières l'impact sur le prendre soin d'une résonance personnelle qu'elles ont pu avoir, l'IDE 1 m'a tout de suite dit « peut y avoir du déstabilisant mais comme il peut y avoir du bien parce que tu as appris des choses aussi en accompagnant un proche à toi et de l'avoir accompagné un peu [...] ça peut te donner des billes pour mieux t'occuper des gens aussi ». L'IDE 2 émet aussi avoir eu un « impact super positif », elle explique que « ça m'a fait une piqûre de rappel » et que « je soigne les patients comme j'aimerais qu'on soigne mes proches ». Cependant, l'IDE 1 trouve que dans une situation de résonance personnelle, « c'est là que c'est le plus dur à gérer parce que tu arrives moins à mettre de la distance avec des situations ». A l'inverse, l'IDE 3 raconte que suite à une situation qui relève du personnel, « de ce jour-là, je n'ai plus jamais serré les mains, tellement ça m'a choqué », elle insiste même en disant « ça a influencé ma vie d'après, on peut le dire ».

Pour finir, l'IDE 2 indique que selon elle « si dans ton entourage, tu accompagnes quelqu'un en fin de vie forcément ça impacte ». Elle argumente cette idée « je ne sais pas si c'est possible d'accompagner quelqu'un en fin de vie aussi bien à la maison et au travail en même temps ». Pour elle, quand on prend soin de quelqu'un en fin de vie c'est « quand c'est apaisant, c'est quand tout va bien dans ta vie, quand la mort on la côtoie pas à la maison ».

Nous avons donc analysé les entretiens réalisés dans le cadre de ma recherche. Nous allons à présent mettre en confrontation les points de vue des auteurs, des infirmières interviewées ainsi que le mien.

5. La discussion

Dans cette dernière partie, l'objectif est d'identifier les points communs et les différences entre mon cadre théorique et les données recueillies lors de mes entretiens. De plus, j'y apporterai mes propres opinions.

Pour commencer, nous aborderons le thème des émotions. Comme nous avons pu le voir précédemment, le terme d'émotion est une notion complexe. Selon les représentations de Platon et Emmanuel Kant, elles sont soit « perturbatrices de la pensée », soit « la maladie de l'âme ». Leur pensée sur les émotions semble négative. Après mon échange avec les infirmières, j'ai constaté que l'IDE 2 était en désaccord avec eux. Elle affirme que les émotions sont positives : « dans tous les cas, elles ne sont pas négatives ». Les deux autres infirmières tiennent des propos plus contrastés « que ce soit positif ou négatif » mais n'identifient pas les émotions comme quelque chose de péjoratif. Grâce à toutes ses recherches et données acquises, mon point de vue sur les émotions a évolué de manière significative. Au départ, j'appréhendais certaines émotions puisque, pour moi, il me paraissait difficile de toujours voir le côté positif d'une émotion. J'ai réalisé que ce n'était pas le cas mais je reste convaincue qu'il faut prendre du temps et du recul face à une émotion pour pouvoir ensuite distinguer son impact. D'autant plus qu'il faut savoir repérer chez soi l'ensemble des réactions que produit son corps ou encore les paroles que l'on émet suite à une émotion. On peut alors se questionner sur notre propre réponse à l'événement que l'on est en train de vivre et tenter d'y relever des éléments importants pour comprendre et réajuster si besoin la fois suivante.

Paul Ekman relève que « les émotions sont des entités psychophysiologiques et comportementales discrètes ». L'IDE 1 et l'IDE 3 semble en adéquation avec cette hypothèse puisqu'elles disent « passe beaucoup par notre manière d'être, le physique », « ça peut-être aussi un rire, ça peut-être des pleurs, des larmes ». On comprend donc que pour eux les émotions se manifestent par des gestes ou des réactions spontanées de notre part. Je pense qu'ils ont à la fois raison puisque chaque jour, nous pouvons apercevoir des réactions physiologiques chez les individus liées à une émotion. Mais, il me semble intéressant de nuancer leurs propos puisque, selon moi, chaque personne réagit différemment et parfois, selon le caractère, la personne préférera masquer ce qu'elle ressent.

Lors de mes recherches, je me suis appuyée sur l'idée que dans les soins palliatifs et plus particulièrement dans la fin de vie, les émotions des soignants correspondaient principalement à de la tristesse. Lors de mon premier entretien, l'infirmière m'a conforté dans mon idée en me disant « Je te parle de la tristesse parce que l'accompagnement de fin de vie et tout ça, c'est surtout la tristesse ». A l'inverse, l'IDE 2 m'affirme « C'est plutôt de la joie ». Grâce à son témoignage et ses expériences qu'elle

a partagés, j'ai compris que dans la fin de vie tout n'est pas triste. Tout l'intérêt de la prise en charge palliative relève donc de prendre soin des patients selon leurs besoins et leurs habitudes tout en gardant de la joie. Je n'avais pas cette sensation lors de ma semaine de soins palliatifs, mais avec du recul, je me suis rendue compte de l'importance de prendre soin avec mes émotions sans être toujours dans le négativisme.

Dans le cadre du soin, Isabelle Grillon explique que chez les soignants, « Certains préfèrent sembler être indifférents plutôt que de montrer leurs émotions : tristesse, larmes aux yeux, voix tremblotante, difficulté à s'exprimer, ... ». L'IDE 3 évoque plutôt le contraire, « ça peut être une force aussi de montrer son émotion, pour moi en tout cas, surtout en soins palliatifs ». Il me semble important de signifier que chaque soignant appréhende les choses de manière différente mais qu'il faut, selon moi, trouver un juste milieu. Si on fait abstraction complète de toutes ses émotions alors on prendra soin des patients mais peut-être pas avec la justesse et la compréhension dont ils ont besoin. A l'inverse, le fait de tout déverser émotionnellement dans le cadre professionnel peut entraîner une rupture entre le patient et le soignant où la distance ne sera plus appropriée. Il faut donc faire un compromis entre s'exécuter comme un robot et avoir un lien « intime » avec le patient. L'IDE 2 explique « C'est aussi la bonne distance [...] dans l'accompagnement, la distance professionnelle ». Ce qu'elle explique correspond à ma vision du soin avec un patient en fin de vie afin de prendre soin de la façon la plus adaptée.

La résonance personnelle correspond à « tout ce qui est éveillé en nous par les personnes et les situations auxquelles nous nous trouvons confrontées » selon Michèle Gigandet. Dans les entretiens, les infirmières me parlent de transfert. On parle de transfert dans le langage commun, cependant ce qu'elles évoquent correspond en langage scientifique à du contre-transfert. Le contre-transfert correspondant à l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation » selon le Larousse. Après étude de cette notion, j'ai compris que c'était le sentiment que j'avais eu lors de mes prises en soin. Sigmund Freud prône qu'il faut « développer la peau épaisse dont nous avons besoin pour dominer "le contre-transfert", lequel constitue, après tout, un problème permanent pour nous ». Avant de commencer ma recherche, j'étais en accord avec le discours de Sigmund Freud puisque je culpabilisais d'avoir réagi de cette façon avec ma patiente, je pensais qu'il fallait que je me forge une carapace. Seulement avec du recul, je comprend que le contre-transfert peut être un atout dans certaines situations. L'IDE 1 et 2 disent « Il peut y avoir du déstabilisant mais comme il peut y avoir du bien parce que tu as appris des choses aussi en accompagnant un proche à toi et de l'avoir accompagné un peu [...] ça peut te donner des billes pour mieux t'occuper des gens aussi », « Impact super positif », « Je soigne les patients comme j'aimerais qu'on soigne mes proches ». Leurs propos démontrent bien que ce contre-transfert peut

avoir des répercussions importantes et bénéfiques sur le patient. Paula Heimann semble en accord avec les deux infirmières puisqu'elle considère le contre-transfert comme un outil de soins positif « Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient. [...] C'est pour lui la façon la plus dynamique d'être atteint par la voix de son patient ». Selon moi, le contre-transfert, lorsqu'il se produit, peut-être bénéfique et va permettre aussi à ce qu'on évolue dans notre prise en soin.

Cependant, il faut prendre en considération, comme nous le rappelle Jean-Jacques Prahin, que: « le risque est grand de se retrouver piégée dans sa relation avec le patient et de perdre de vue sa mission ». Cette idée est à mettre en lien avec mes situations de départ puisque je n'ai pas réussi à garder une distance professionnelle avec mes deux patientes. Comme l'évoque Pascal Prayez, la juste distance c'est « la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places », mais « l'identification à l'autre [...] nous fait perdre toute distance ». Or l'IDE 2 explique « On a beau chercher la distance juste, il arrive qu'on soit submergé ». Je suis partagée entre l'idée qu'il faut savoir garder du professionnalisme et que des fois c'est impossible. L'IDE 2 dit que « C'est sans doute aussi le prix à payer pour ne pas devenir insensible et rester tout simplement humain ». Ces propos m'interpellent puisque selon moi elle dit vrai, nous sommes avant tout des humains ayant des émotions. Et pour moi, la rencontre entre le soignant et le soigné implique nécessairement de prendre en compte la vie et les sentiments de la personne en face. Alors, je ne suis pas encore en mesure de dire si dans ma pratique soignante j'arriverai toujours à garder cette juste distance.

Margot Phaneuf dit « L'un des facteurs qui influe particulièrement sur la réaction de la soignante est la nouveauté de l'épreuve ». Dans ma situation, j'ai vécu pour la première fois le décès d'un proche et à la suite le décès d'une patiente. J'ai donc réagi en espérant apporter à la patiente ce que je souhaitais pour mon proche en pensant que c'était « la bonne chose à faire ». Or, à distance de cet événement, je me rend compte aujourd'hui que ma réaction n'a pas été adaptée ni pour la patiente, ni pour moi. D'une part, la patiente n'a pas été apaisée par mes soins et d'autre part j'ai été touchée émotionnellement par le contexte. Donc mes émotions ont impacté mon prendre soin. Ce qu'expose Margot Phaneuf me semble tout à fait pertinent puisque ma situation d'appel a été initié par la nouveauté et je ne savais alors pas comment réagir face à cet événement nouveau.

Selon moi, il est donc important d'apprendre à gérer ses émotions. L'IDE 1 apporte la théorie que « la gestion des émotions c'est propre à chacun ». Marc Oriol également dit que c'est « une compétence individuelle ». Selon leurs dires, on comprend que cela relève du personnel et que chaque soignant fera sa propre expérience de gestion des émotions. Une nouvelle fois cette théorie me semble pertinente et correspond à l'idée que je m'en faisais.

Cependant, j'ai effectué des recherches pour déterminer s'il existait des moyens et méthodes pour effectuer cette gestion. Je me suis appuyée sur le fait qu'elle se faisait par le soignant au moyen de mécanismes de défense. Je n'ai pas abordé la possibilité de discuter avec des collègues ou bien de passer le relai. Or, lors de mes entretiens, les infirmières ont apporté les idées de collaboration, d'échange, de l'importance du travail d'équipe et d'authenticité pour pouvoir prendre soin du patient. Selon elles, c'est essentiel pour pouvoir effectuer son travail de soignant aussi bien pour gérer ses émotions de manière générale mais aussi dans le cadre d'une résonance personnelle. Elles parlent de « J'ai passé la main », « Savoir l'admettre, s'en rendre compte, accepter d'en parler à ses collègues et puis passer le relai », « Faut pas rester seul avec ça,[...], il faut en parler ». Ces concepts auxquels je n'avais pas pensé prennent tout leur sens désormais. J'ai pu, à travers mes différents stages, observer ces fonctionnements dans les services mais d'autant plus dans les unités de soins palliatifs.

Pour finir, l'IDE 1 évoque le fait que « L'âge et l'expérience professionnelle aide aussi peut-être, et du coup tu es moins impacté au fur et à mesure des rencontres notamment en rapport avec la fin de vie et le deuil ». Actuellement, je ne saurais pas dire comment je réagirai de nouveau à une situation identique de fin de vie, seule ma pratique professionnelle me le dira. C'est pourquoi je me pose la question suivante : « Dans quelles mesures l'expérience professionnelle permet-elle de reconnaître nos limites face à certaines situations impliquant une résonance personnelle ? »

Conclusion

Pour conclure, à travers ce travail de fin d'étude, ma pratique soignante et mes idées ont évolué sur la thématique de la résonance personnelle et des émotions dans le prendre soin d'une personne en fin de vie. J'éprouve toujours des difficultés à poser des mots sur cette évolution. Mais, ce mémoire a été très enrichissant et passionnant à écrire.

Grâce à mes différents stages, j'ai pu rencontrer des personnes en fin de vie et observer les professionnels de santé prendre en soin ces patients. Je me suis rendue compte que c'était un milieu empreint d'émotions et parfois même des émotions relevant de la vie personnelle. C'est pourquoi je me suis interrogée sur l'impact des émotions sur le prendre soin des personnes en fin de vie dans un contexte de résonance personnelle. Pour étayer mes connaissances sur ce sujet, j'ai pu lire plusieurs œuvres et articles mais aussi rencontrer des infirmières qui ont répondu à mes questions lors des entretiens. Grâce à elles, j'ai alors décelé de nouvelles notions auxquelles je n'avais pas pensé durant mon cadre théorique. Toutes ces données ont alors renforcé mon envie et ma curiosité à approfondir cette thématique.

Par la suite, j'ai confronté l'ensemble des informations recueillies, aussi bien de mes recherches théoriques qu'empiriques. Ceci m'a permis de me construire en tant que future soignante et de trouver mon identité professionnelle. J'ai pris conscience de la réelle importance de prendre soin des patients en fin de vie d'autant plus que durant notre carrière nous serons toujours amenés à être en contact avec ces patients. Pour moi, c'était un univers très sombre, triste mais dorénavant j'ai une tout autre vision de la fin de vie. J'ai compris que les derniers jours de vie d'un individu ne relevaient pas que du triste, bien au contraire, que des moments de joie, de surprise pouvaient avoir lieu. Désormais, il me semble primordial d'apporter à ces personnes de la joie et des sourires. Cependant, pour le soignant, certaines situations peuvent être compliquées à gérer d'un point de vue émotionnel puisque certains patients sont présents depuis longtemps et qu'une relation s'est installée. Mais parfois, il peut s'agir d'une confrontation avec un événement de sa vie personnelle. En effet, le patient et le soignant ont chacun une histoire de vie, un vécu reflétant parfois la vie de l'autre. Alors quand ces aléas surgissent, le soignant est parfois impacté. Notre capacité à gérer nos émotions est alors déterminante pour notre prise en soin et pour que celle-ci ne soit pas influencée par nos émotions. J'ai compris aujourd'hui que le travail en équipe est capital. Nous sommes soutenus et nous pouvons nous exprimer pour mieux palier nos difficultés par la suite. Pour prendre soin, il faut, selon moi, être bien physiquement et mentalement pour une prise en soin globale et optimale du patient en fin de vie.

Ce travail, que j'ai réalisé tout au long de cette année, a été captivant et émouvant. Il m'a aidé à me projeter en tant que personne et future infirmière.

Références

Bibliographie :

Colement, D. (2014). *L'intelligence émotionnel intégrale, J'ai lu*

Collectif. (2020). *Le Petit Larousse Illustré*, Edition Larousse

Cosnier, J. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments*, RETZ

De Hennezel, M. (1991). *L'amour ultime*, Paris, Éditions Hatier

De Hennezel, M. (1995). *La mort intime : ce qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Edition Robert Laffont

Delanoue, L. (2018). *Le dégoût : guide pratique sur les émotions*, Dunod

Formarier M., Jovic L. (2009). *Les concepts en soins infirmiers*, Mallet Conseil

Freud, S. (1910d). Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique. In Œuvres complètes X : 1909-1910 (pp. 63-73). Paris : Puf, 1993.

Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle*, édition France loisirs

Grillon, I. (2012). *Fin de vie d'un patient, émotions de soignants : jusqu'à la mort, accompagnons la vie*, 2012

Heimann, P., Little, M., Tower, L., Reich, A. (1987). «À propos du contre-transfert », in, *Le contre-transfert*, Navarin Analytica

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital» inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, inter édition

Hochschild, A. (1983). *The managed heart : commercialization of Human Feeling*, Twentieth Anniversary Edition

Launet, M-E. & Peres-Court, C. (2017). Chapitre II : les émotions in : *La boîte à outil de l'intelligence émotionnelle*, Dunod

Lecomte du Noüy, P. (1949). *L'homme et sa destinée*, Edition du Vieux Colombier

Levrault, B. (2018). *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, Profession Infirmier*, Broché

Markus, J-P., Cristol, D. et al. (2020). *Code de la santé publique*, Broché

Mercadier, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Edition Séli Arslan

Prayez, P. (2016). *Julie ou l'aventure de la juste distance*, Lamarre

Racker, H. (2000). *Transfert et contre-transfert. Études sur la technique psychanalytique*, Césura Lyon

Revêt, T. (2019). *Code de déontologie des infirmiers*, Broché

Ricot, J. (2004). *Fin de vie : repères éthiques et philosophiques (Tome 52)*, Laennec

Rogers, C. (1968). *Le Développement de la personne*, Paris, Dunod,

Ruszniewski, M. (1995-1999). *Face à la maladie grave. Patients, familles soignants*, Dunod

Zivkovic, L. (2011). *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. Editions FD

Webographie

Brenier, C. (2012), *Les émotions du soignant*, IFSI Niort, disponible sur <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjfv4zu7fDtAhXpzlUKHYBCAvoQFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.infirmiers.com%2Fpdf%2Ftfe-coralie-brenier.pdf&usg=AOvVaw0EixeAsK-gk5XTgiF8uSTX>

Centre pour la santé mentale en milieu de travail (2005-2020), *Les émotions et leurs fonctions*, disponible sur www.strategiesdesantementale.com

Gigandet, M. (2011). *L'aide aux victimes et ses résonances*, REISO Revue d'information sociale, disponible sur <https://www.reiso.org/articles/themes/pratiques/34-l-aide-aux-victimes-et-ses-resonances>

Goyena, A. (2006). *Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique*, Revue française de psychanalyse, vol. 70(2), 351-370, disponible sur <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0351>

Hourcade, L. (2020). *La France face à l'euthanasie*, disponible sur <https://www.justifit.fr/b/guides/droit-sante/euthanasie->

[france/#:~:text=L'euthanasie%20active%20n'est,traitements%20m%C3%A9dicaments%20jug%C3%A9s%20trop%20lourds.](#)

Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert/18902>

Loriol, M. (2013). *Travail émotionnel et soins infirmiers*, Santé Mentale, Acte Presse, pp.60-63. fihal-00925629

Phaneuf, M. (2014), *Le vécu de la soignante devant la mort*, disponible sur https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjSi6ma8fDtAhWwyYUKHeZgAVsQFjABegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.prendresoin.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F10%2FLe-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf&usg=AOvVaw1_s-m8jx-cAKSEnG-sbE6

Phaneuf, M. (2018), *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?*, disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2018/03/Linfirmiere-peut-elle-ressentir-des-emotions-particulieres-pour-un-patient-ou-une-patiente.pdf>

Ribas, D. (2014). *Rives et dérives du contre-transfert de Paul Denis*, Revue française de psychanalyse, vol. 78 (4), 1191-1199, disponible sur <https://doi.org/10.3917/rfp.784.1191>

Seguin, V. (2019). *Les 5 étapes du deuil selon Kubler-Ross*, disponible sur <https://www.happyend.life/les-5-etapes-du-deuil-selon-kubler-ross/>

Sénat, un site au service des citoyens, 22 décembre 2020, disponible sur <https://www.senat.fr/lc/lc49/lc490.html>

SFAP, site réalisé par TALCOD, disponible sur <http://www.sfap.org/>

Site officiel de la république française, rubrique « vie public », disponible sur <https://www.vie-publique.fr/loi/20948-droits-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie-sedation-profonde>

Site officiel du ministère des solidarités et de la santé, disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/les-grandes-dates-de-la-loi-fin-de-vie>

Soins palliatifs, *Dans quel contexte peut-on dire qu'une personne est en « phase palliative » ?*, 7 juin 2020 disponible sur <https://soin-palliatif.org/soins/definition-fin-vie/>

Thomsen, C. (2015-2020). *Dictionnaire médical*, disponible sur <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/307-mort/>

Von Kaenel, L. les émotions en psychologies, disponible sur <https://laravonkaenel.weebly.com/la-classification-des-eacutemotions.html>

Articles :

Chabrol, H. (2005, 3^{ème} édition). « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers* (N° 82), p. 31-42. DOI 10.3917/rsi.082.0031

Prahin J-J., Émotions de soignant, émotions de soigné, *Soins*, avril 1999, n°63

Notes de cours :

Mc Ewan, E. (2020), *La gestion de la douleur du patient en fin de vie, en interprofessionnalité.*

Mercier, D. (2020), *Soins palliatifs : histoire et philosophie*, repéré dans l'environnement eCampus : [https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/DOCS/SEQUENCES/MH06055223/MicrosoftPowerPoint-Soinspalliatifshistoireetphilosophie\[Lectureseule\].pdf](https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/DOCS/SEQUENCES/MH06055223/MicrosoftPowerPoint-Soinspalliatifshistoireetphilosophie[Lectureseule].pdf)

Robin-Vinat, W. (2020), *Approche psychologique de la fin de vie*, repéré dans l'environnement eCampus : [https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/DOCS/SEQUENCES/MH06054940/FormationEmasp-IFS13emeanee\(WR-V\)4.pdf](https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/DOCS/SEQUENCES/MH06054940/FormationEmasp-IFS13emeanee(WR-V)4.pdf)

Les annexes

ANNEXE I : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je me présente, je m'appelle Julie Bouffaré. Je suis en troisième année d'étude en soins infirmiers au CHU de Pontchaillou. Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je travaille sur le thème des émotions du soignant dans un contexte de fin de vie et sur la résonance personnelle. Également sur l'impact que cela peut avoir sur le prendre soin. Je souhaiterais vous poser quelques questions si vous êtes d'accord.

Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'entretien que nous allons faire. Votre nom ne sera pas cité, l'enregistrement restera anonyme.

1) La présentation du professionnel

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Prénom, âge, profession, parcours, nombre d'année dans le service...) ➔ Possibilité de relancer sur les détails mis entre parenthèse s'il manque des informations.

2) Concernant le sujet

- Selon vous, qu'est-ce qu'une émotion ?
- Ont-elles une place importante dans la posture soignante ? ou nécessaire ? Pourquoi ?
- Durant votre parcours professionnel, avez-vous été confronté(e) à une situation où il y avait une grande émotion ? Si oui, pouvez-vous me la raconter, lesquelles ➔ Demandez des détails, si le soignant accepte, dans le cas où il n'en donnerait pas suffisamment.
- Et vous à quoi ça vous a ramené cette situation, qu'avez-vous ressenti ?
- Selon la situation expliquée précédemment : Dans vos fonctions d'aujourd'hui, vous accompagner des personnes en fin de vie, est-ce qu'il vous arrive de ressentir de la tristesse ? ➔ En complément, possibilité de demander pourquoi si le soignant réussi à décrire ces situations, par exemple : Si oui, pourriez-vous me les confier ? et les expliquer ?

- Est-ce que certaines de ces situations vous rapportent à des événements, souvenirs, personnes que vous connaissez et donc à de nombreuses émotions? Avez-vous déjà accompagné quelqu'un de proche en fin de vie ? Si oui, dans quel cadre ?
- Alors, selon vous est-ce que votre prendre soin a été impacté par rapport au patient qui vous a ramené à une situation personnelle ? Si oui, comment cela l'a impacté ? Si non, pensez-vous que cela puisse vous arriver et dans quelles mesures ?
- Dans la mesure où vous êtes affecté, comment réussissez-vous à gérer vos émotions ? (Mécanisme de défense ?)

3) Recherche d'hypothèse (pour la conclusion)

- Est-ce que selon vous l'âge et l'expérience professionnelle permet de mieux gérer ses émotions et donc l'impact qu'elles peuvent avoir sur le prendre soin ?

4) Conclusion de l'entretien

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions.

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Au début de chaque entretien, je me suis présentée et j'ai expliqué les raisons pour lesquelles nous allions nous entretenir. Dans les entretiens, j'emploie le tutoiement après l'accord des participants. De plus, je leur ai demandé leur consentement pour l'enregistrement en expliquant bien que leur identité ne serait pas citée au sein de mon mémoire. Ensuite, j'ai commencé en annonçant le thème de mon mémoire à savoir la fin de vie et le prendre soin dans un contexte de résonance personnelle. Pour chaque question, je leur ai précisé qu'il n'était pas obligatoire d'y répondre si ils ne le souhaitaient pas.

IDE 1:

Julie : Est- ce que c'est possible de te présenter ?

IDE 1 : Diplômée de l'an 2000 et j'ai peu travaillé en dehors d'ici, après je suis arrivée ici au départ un peu aux soins intensifs et puis rapidement ici dans le service de pneumo. A un moment donné dans l'année avant, on allait 3 mois dans le service de soins palliatifs juste au-dessus. Ça a duré une dizaine d'années. Voilà, on fait de la chimio, de la ventilation.

Julie : Qu'est-ce qu'une émotion pour toi ?

IDE 1 : Une émotion c'est quelque chose de très personnel, c'est personne dépendant, propre à chacun. C'est la façon que la personne a de réagir enfin ce qu'on a tous de réagir face aux événements. C'est aussi tout ce qui n'est pas dit. Les émotions, elles passent beaucoup par notre manière d'être, le physique. Je dirais que c'est beaucoup de l'ordre du physique après bon ça ne se traduit pas toujours comme ça aussi. C'est du non-verbal mais pas que après y a des gens qui vont beaucoup parler.

Julie : La place des émotions dans la posture de soignante est-elle importante, nécessaire ?

IDE 1 : Bah oui, j'en ai tous les jours. Alors après, il faut en avoir, on est des êtres humains ... après faut pas se laisser envahir par ses émotions, qu'elles soient juste bien dosées. Il en faut parce que je pense que si on n'en a pas, on peut pas accompagner bien les gens. Mais en même temps surtout en soins palliatifs, tenter de ne pas se laisser submerger, notamment par la tristesse, parce qu'on est là pour accompagner, pour soutenir, pour aider au quotidien. Après des fois, on se laisse submerger mais après tenter de ne pas le faire avec l'entourage et les patients. En dehors, après ça peut arriver quoi.

Julie : Donc, tu penses que c'est nécessaire ?

IDE 1 : C'est nécessaire oui, il en faut sinon, ça serait bien triste. Je te parle de la tristesse parce que l'accompagnement de fin de vie et tout ça, c'est surtout de la tristesse mais ça peut-être aussi joyeux d'avoir un peu, d'être souriante, avenante, pas venir avec tes émotions à toi travailler, il en faut. Mais

laisser ce qui va pas de côté quand tu es là parce que sinon tu n'apportes pas grand-chose enfin tu n'es pas très aidante. Si on n'est pas bien, on est pas très aidant. Il faut trouver le juste milieu.

Julie : Dans ton parcours professionnel, est ce que tu as été confrontée à une situation où tu as ressenti une grande émotion ?

IDE 1 : Ah bah on en a souvent enfin moi je dirais que j'en ai souvent. Tu as les larmes qui montent et puis tu t'arrêtes. Enfin, moi, les émotions qui sont les plus marquantes quoi c'est pas des émotions de joie mais plus de tristesse, mes émotions qui sont les plus compliquées moi je te dirais à gérer c'est plus de cet ordre-là.

Julie : As-tu une situation de grande émotion que tu accepterais de me raconter ?

IDE 1 : Alors après là où tu as, enfin, où je dirais que c'est le plus chargé en émotions c'est que des fois tu fais des transferts avec tes, enfin moi, c'est souvent, quand tu fais des transferts de tes proches. Enfin voilà tu dis ça pourrait être mon père voilà tu vois voilà après tu vois moi sachant que mon père avait des problèmes de santé récemment et donc du coup tu te dis « tiens ça pourrait être mon père ». C'est là que c'est le plus dur à gérer parce que tu arrives à moins mettre de distance avec des situations et pareil tu as des adultes avec des enfants jeunes et une dame et voilà ce sont des situations qui sont plus injustes. Voilà, je sais pas quoi dire d'autre, je sais pas, mais là j'ai pas une situation particulière, il y en a plein en fait ouais moi j'en ai et puis ouais des choses qui te touchent plus ou moins mais en général tu es plus touchée qu'autre chose.

Julie : Tu disais que ça te ramène à tes proches et du coup quand ça te ramène à eux, est ce que ça te bloque dans ta prise en charge du patient ?

IDE 1 : Oh bah tu respire un bon coup tu souffles et puis voilà on y va. Après, tu pourras pas faire autrement, moi je m'épanche pas. Enfin, voilà si, y'a une situation récemment là, c'est une famille qui est revenue. C'est une dame qui est décédée au mois de mars 2020, qu'on a accompagné un bout de temps avec de la chimio, hospitalisée... Son mari était souvent là, sa fille et tout ça. Je les ai eu en consultation d'annonce et du coup, ils sont revenus là, exprès juste avant les fêtes pour nous ramener des chocolats quoi, elle est décédée en mars. Et puis y avait son mari qui pleurait, sa fille qui pleurait et là je suis partie parce que ça montait peut être un peu plus que d'autres fois. Tu vois, là c'est pas une situation de soin ça mais te dire que le Monsieur est venu exprès pour nous ramener des chocolats Ok bon... Ce sont des situations, des moments, puis de les voir pleurer quand ils te parlent et tout ça...

Julie : Est-ce que à un moment donné, tu as eu une situation de prise en soin qui t'a ramené à un souvenir de ta vie personnelle ou bien à l'un de tes proches ? Est-ce que ta prise en soin en a été impactée ?

IDE 1 : Oui, j'ai ma tante qui est décédée, il y a bientôt deux ans et quand tu as des patients qui ont la même maladie, tu ne peux pas faire autrement que d'y penser et du coup tu penses à plus de choses. Après, je pense que ça s'imisce parce que c'est un peu du privé qui s'imisce dans ta vie professionnelle. Après, est-ce que ça va être déstabilisant pour autant. Après, c'est un truc où il peut y avoir du déstabilisant mais comme il peut y avoir du bien parce que t'as appris des choses aussi en accompagnant un proche à toi et de l'avoir accompagné un peu et bah du coup ça peut te donner des billes pour mieux t'occuper des gens aussi après donc je sais pas, je pense pas que ça dessert, ça dessert pas, ça fait évidemment, ça te fait y repenser, t'es un peu nostalgique, mais c'est pas vraiment de la nostalgie, mais voilà c'est des émotions qui reviennent à des moments un peu inattendus, tu te reprends ça, ça remonte et puis après tu passes à autre chose. C'est très compliqué, ouais je te dirais ça voilà. Après une émotion, j'ai pas de définition, j'ai pas de définition d'émotion. Qu'est-ce qu'on met, qu'est-ce que tout le monde met sous le mot émotion, tu vois, parce qu'on associe souvent ça à du triste, ça fait partie des émotions mais je suis focalisée sur celle-ci tu vois. Après, l'âge et l'expérience professionnelle aident aussi peut-être, et du coup tu es moins impacté au fur et à mesure des rencontres notamment en rapport avec la fin de vie et le deuil.

Julie : Comment tu gères tes émotions finalement lorsque tu es soignante ?

IDE 1 : Je m'efface de la situation comme ça, quand ça devient trop compliqué, tu fais un petit pas de côté, tu prends un petit peu de distance et puis tu reviens. Tu fais avec, tu fais au mieux hein tu fais au mieux mais après te dire qu'on fait forcément enfin je sais pas s'il y a une bonne façon de faire tu vois mais je suis pas là non plus pour enfin voilà. Si on reste sur la tristesse, je suis pas là non plus pour m'épancher, parce que là du coup tu n'es pas du tout aidante, tu n'es pas en capacité. Après la gestion des émotions, c'est propre chacun aussi parce qu'on gère chacun de manière très différente quand même. J'ai pas de manière, c'est vraiment plutôt de l'ordre de fonctionnement de chacun, on fait comme on peut surtout, j'ai pas de recette, après peut-être qu'il y en a une, mais moi je n'ai pas de recette.

Julie : Est-ce que tu as une situation où tu as pris en soin une personne mais pas de la manière dont la personne l'aurait souhaité ?

IDE 1 : Un patient en colère, très en colère. Et là oui, pour ce patient-là, j'ai pas réussi, j'ai passé la main, je sais pas si ça relève du cadre dans lequel tu le mets. Un patient hyper énervé qui avait commencé à fumer dans sa chambre, le médecin aurait dit qu'il était d'accord pour qu'il fume dans sa

chambre et je lui ai dit que non, qu'il y a de l'oxygène partout dans le service et là, le patient est monté, monté et a commencé à devenir agressif. Il était compliqué ce monsieur, avec tout le monde et pour la fin de la matinée, j'ai passé la main. C'était trop, à un moment quand tu commences à te faire insulter, c'est voilà.

Julie : As-tu quelque chose à rajouter ?

IDE 1 : Non, plus rien ne me vient là tout de suite.

IDE 2 :

Julie : Est-ce que tu pourrais te présenter s'il te plaît ?

IDE 2 : Alors du coup je m'appelle XXXXX , je suis infirmière depuis 13 ans, j'ai débuté ma carrière de nuit, j'ai fait une grande partie de ma carrière de nuit parce que j'ai travaillé 11 ans et demi de nuit. Du coup, j'ai travaillé de nuit. La nuit, on intervenait sur plusieurs services donc l'unité de soins palliatifs qui initialement était au 4^e, on intervenait en pneumologie où on avait des lits identifiés soins palliatifs et puis je travaillais aussi là où on avait le laboratoire du sommeil et puis un service de médecine donc j'ai un petit peu tourné sur ces services-là. J'ai travaillé un petit peu en chirurgie pour un remplacement mais ça m'a pas plu, donc j'ai repris mon poste initial. L'année dernière, j'ai travaillé en médecine beaucoup de nuit avant de prendre mon poste de jour en soins palliatifs donc en fait quasi toute ma carrière, j'ai travaillé auprès de gens en fin de vie que ce soit dans un vrai service de soins palliatifs, que ce soit sur des lits dédiés, dans des services de médecine. J'ai toujours été titulaire sur un service de soins palliatifs et j'intervenais dans plusieurs services en même temps mais donc là ça fait un an et demi que je travaille de jour en USP et j'ai fait 11 ans de nuit en USP.

Julie : Est-ce que tu pourrais définir ce qu'est une émotion ?

IDE 2 : Une émotion, y'a plusieurs types d'émotions mais dans tous les cas, elles sont pas négatives, c'est quelque chose qu'il ne faut pas freiner et on a, je pense, dans notre société tendance à le faire, on impose aux étudiants de le faire, on s'impose à soi de le faire et on se dit qu'il ne faut pas se laisser submerger par ses émotions qu'elles doivent rester au placard, aux vestiaires. Je pense que, quand on raisonne comme ça, ça peut pas fonctionner. Donc, nous les soignants, comme tous les êtres humains, on vit avec nos émotions, on vibre et de les garder enfouies, je pense que c'est pas bon pour moi. En tout cas, dans ma vie personnelle, j'apprends à mes enfants, ils savent les émotions, la colère, la peur et qu'il n'y a rien de négatif, c'est pouvoir vivre avec et bien sûr quand on travaille dans une unité de soins palliatifs ou quand on est soignant et d'autant plus quand on travaille dans une unité de soins palliatifs, on est imprégné par ça, par les émotions alors pas que du négatif, pas du tout. On a des très bons et des très beaux moments comme ce matin sur la terrasse enneigée, on a fait un bonhomme de neige avec une patiente donc les émotions ça fait partie de la vie, ça fait partie de la fin de vie et c'est pas quelque chose de négatif, la tristesse, la peur, la joie. La tristesse c'est pas négatif non, le tout c'est de pouvoir l'exprimer en fait. C'est négatif si tu t'autorises pas à verbaliser autour de ça, que tu peux pas en parler et que t'enfouis ça dans un petit coin de ta tête et de ton cœur et que t'as pas de moment pour en parler.

Julie : J'entends que c'est important les émotions, est ce que tu saurais pourquoi c'est important dans la posture soignante ?

IDE 2 : Alors encore une fois voilà, souvent les étudiants nous disent, je suis désolé dans telle situation je suis sorti de la chambre parce que j'avais les larmes aux yeux, c'était trop dur pour moi, j'ai senti des émotions arriver, du coup, je suis parti parce que j'avais peur de pleurer. Et voilà, souvent, on nous dit c'est pas bien, j'aurais dû, je n'aurais pas dû réagir comme ça, à l'école, on nous apprend bien, il faut gérer ses émotions, je peux pas m'écrouler devant la famille et cetera. Donc, oui tu peux pas t'écrouler devant la famille mais les familles ça les choque pas de voir que les gens en face d'eux, que les soignant en face d'eux, aussi, ont des émotions parce que les situations elles nous touchent, c'est normal l'inverse serait étonnant. Les situations, elles nous touchent et en fait ça nous remet tous au même niveau. On est des femmes ou des hommes qui accompagnent des hommes et des femmes et puis ça ne nous rend pas pour autant moins compétent, moins soignant. Et un bon accompagnement, il se fait avec des émotions parce que sans émotions y aurait de la froideur, il y aurait de la distance et voilà donc c'est souvent ça qui revient, c'est aussi la bonne distance, tu sais dans l'accompagnement, la distance professionnelle. Moi je préfère la bonne proximité, la juste proximité, c'est bien sûr rester à sa place de soignant mais ça nous arrive d'avoir les larmes aux yeux et voilà. Et quand on nous dit, les familles, vous faites un sacré métier moi je pourrais pas mais en même temps vous devez vous blinder, non c'est pas de se demander qui fait que ça fonctionne c'est justement bah on a des temps d'échange en équipe pour pouvoir parler de tout ça et c'est ça qui fait que ça fonctionne bien, que c'est mieux.

Julie : Du coup, est ce que dans ton parcours professionnel, tu as été confrontée à une situation qui a suscité chez toi une grande émotion ?

IDE 2 : Y en a beaucoup, alors après des exemples qui me viennent c'est toujours, c'est plutôt de la joie dans l'émotion. Donc, si on parle de ce matin, aujourd'hui, on a dix centimètres de neige sur la terrasse de l'unité et donc on a une patiente qui est fumeuse donc on l'a accompagné sur la terrasse en fauteuil roulant pour qu'elle puisse fumer une cigarette et du coup elle s'est baissée, elle a pris une boule de neige et elle nous l'a jetée bref, on a fait une petite bataille de neige entre soignants, on n'a pas visé la dame et on a fait un bonhomme de neige. Donc, il y avait beaucoup de vie autour d'elle parce qu'on se prive pas de ça et elle nous a dit, alors comment elle a dit, je vais essayer de reprendre bien sa phrase, elle nous a dit que c'était des moments de fin de vie merveilleux.

Julie : Donc de la joie à ce moment-là ?

IDE 2 : C'est bah, je sais pas comment dire ça mais en tout cas, elle oui, elle nous a dit je suis contente et pour elle c'est de la joie et pour nous c'est quoi de la magie ? Pour nous c'est de la satisfaction, je sais pas si c'est une émotion. Elle nous a dit qu'on était une équipe soudée et que d'avoir tu sais, comment dire, une énergie un peu bienveillante, positive, de la joie de vivre et bah ça met du baume au cœur. C'est pas parce qu'on travaille avec des gens en fin de vie qu'il faut être triste oui triste. On

s'imaginer souvent les services de soins palliatifs comme des couloirs de la mort, tu sais le truc est hyper sombre avec des soignants qui tirent une tête, qui sont tristes et c'est tout l'inverse. Après sinon, je pense à Noël, donc, on a reçu des cartes postales d'une maternelle de Rennes, des enfants avaient fait des cartes postales maison destinées pour les patients donc on leur a donné et en échange les patients ont voulu faire une petite photo d'eux avec les cartes postales près du sapin de Noël. On décore le service à cette période-là, donc on a posé avec eux et voilà, on a eu ça et ce sont des jolis souvenirs. On a une patiente qui était assez fatiguée mais, ce jour-là, elle s'est mise sur son trente et un et alors elle a eu un regain, tu vois, d'énergie. Elle nous a fait une imitation de Cristina Cordula, enfin elle nous a fait beaucoup rire et je pense que ça, je m'en souviendrai longtemps, c'était un beau moment avec surtout sur cette période où ils ont pas trop de visites fin moins donc faut amener des moments comme ça, un peu, qui sortent du soin technique. C'est important.

Julie : Est-ce que tu as eu une autre situation où tu as ressenti de la tristesse ?

IDE 2 : Alors, on a eu à accompagner dans les, on va dire, cinq derniers mois, deux jeunes personnes enfin plusieurs mais en tout cas, c'était de jeunes patients. On en a même eu trois en fait avec des enfants jeunes. Ils avaient une trentaine d'années et à chaque fois, donc il y a eu deux monsieur et une dame, que des enfants jeunes. Donc là, on passe sur de l'accompagnement d'enfant jeune qui va perdre son parent alors ça remue, ça remue. On a eu deux petites filles à perdre leur papa dans le service y'a pas très longtemps et elles sont suivies par la psychologue du service actuellement mais elles veulent revenir nous voir car elles ont des bons souvenirs de l'équipe du service, elles ont pas d'appréhension à revenir. Et même quand le monsieur est décédé dans la chambre, on les a accompagnées dans notre office pour leur donner un petit goûter et on avait des photos de nous au tableau quand on était petites, du coup ça les a beaucoup fait rire. Donc, il y a ce paradoxe de leur papa qui venait de partir mais il y avait des éclats de rire dans le service c'est un peu... Mais quand j'y repense, c'était dur, faut trouver les bons mots, fin, on n'a pas de formation pour ça, qu'est-ce que je dis à une petite fille qui va aller voir son papa qui est décédé ? Elle voulait le voir. Du coup c'est plus vis-à-vis de la famille en fait, des proches que plus que pour le patient en lui-même.

Après voilà la dame, dont je te parlais, qui imitait Cristina Cordula, y a un matin où elle était moins bien, on s'est assises toutes les deux au bord du lit, elle était à côté de moi, elle a posé sa tête contre la mienne. C'était après nous avoir fait beaucoup rire, c'était une patiente dont on se souviendra longtemps et elle m'a dit c'est la fin, je vais mourir et puis au vu de son état de santé, je savais qu'elle n'avait pas tort et puis de toute façon, elle l'avait décidé et je pense qu'elle a un peu lâché prise à ce moment-là mais après c'est de la tristesse mais nos patients la plupart du temps ils sont confortables, ils sont sereins. Donc sinon voilà, on a globalement le sentiment du travail bien fait et on les

accompagne après avec les aides thérapeutiques qui nous aident aussi parfois. Mais pour les familles, il n'y a pas de thérapeutiques ce sont juste nos mots, et ce qu'on va apporter pour apaiser, pour préparer, pour tout ça et c'est vrai que les enfants c'est déstabilisant.

Julie : Les enfants de ces patient ont quel âge ?

IDE 2 : La plus petite de la dame, elle avait 2 ans et demi et donc elle est venue voir sa maman qui était en vie mais elle est venue lui dire au revoir donc j'ai essayé de lui expliquer sur les conseils de la psychologue. Et puis les 2 enfants d'un des monsieur avaient 2 ans et demi et à 6 ans et demi et l'autre monsieur ses filles avaient 5 ans et 9 ans. On a eu en mars 2020 un jeune monsieur, tout au début du COVID donc son épouse a été obligée de l'accompagner toute seule parce que c'est à ce moment qu'il y avait qu'une visite et ses petites, elles sont pas venues dans le service, mais voilà ça fait pareil moins de dix ans en tout cas.

Julie : C'est pas autorisé qu'elles viennent si leur papa était vraiment en fin de vie ?

IDE 2 : Si mais c'était pas leur souhait en tout cas aux petites et la dame à ce moment-là, on pouvait avoir qu'un accompagnant chambre et on a fini par accepter qu'un deuxième vienne parce que moi je me voyais pas la laisser, notamment la nuit, seule, avec son mari agonique à 35 ans.

En fait, quand c'est compliqué avec les familles, c'est souvent qu'il y a une histoire de transfert, je te dis des enfants jeunes parce que j'ai des enfants jeunes voilà après c'est compliqué dans le sens où ça sort un peu plus de notre quotidien, ça nous met un petit peu plus en difficulté, ce sont des émotions autres.

Julie : Du coup c'est par rapport à ta vie personnelle ?

IDE 2 : Bah c'est dès qu'on se projette un peu plus quoi, tu dis c'est dur de laisser des enfants de cet âge-là sans maman, c'est dur d'avoir une dame de cet âge-là sans mari, seul avec ses enfants, c'est dur. Fin, c'est toujours dur même quand tu as une personne de 90 ans, c'est dur pour les proches. Il y a des situations quand les petits te disent que c'est injuste, tu es assez d'accord, il faut trouver les bons mots. Après les enfants, ils sont épatants, il y a peu de pleurs, ils sont très à l'aise dans leurs questions. En fait ça se passe, quand ils ont fait le choix de venir ici, ça se passe toujours bien. L'enfant qui veut venir, faut le laisser parce qu'ils n'ont pas les mêmes appréhensions et les mêmes tabous en lien avec la mort que nous et ça se passe bien mais quand ils repartent, tu es un peu vidé. Ils ont une capacité à te poser une question puis à passer à autre chose après non, non ça se passe bien en général après des adolescents ça c'est différent. Je pense que quand ils veulent pas ils viennent pas tout simplement, ils disent non.

Julie : Est-ce qu'il y a certaines situations de fin de vie qui te rapportent à des souvenirs personnels, d'accompagnement de fin de vie ?

IDE 2 : De mon côté à moi non, parce que moi mes grands-parents, je les ai perdu j'étais petite et par chance j'ai toujours mes parents. Par contre, mon mari a perdu son grand-père il y a quelques mois dans un service de cardiologie et la fin de vie n'a pas été celle qu'on attendait enfin en tous cas l'accompagnement. Parce que, fin après peut être que tu es exigeant quand tu travailles dans une USP, mais parce qu'on l'a pas entendu quand il a demandé à ce qu'on arrête les traitements, parce qu'on l'a réanimé alors qu'il voulait ne pas être réanimé...Il l'avait dit à l'équipe, plusieurs fois, mais ils n'ont pas agi selon lui. Et donc, bah oui parce que en fait, je me suis retrouvée, et puis il avait une maladie chronique qu'il avait un cancer mais, plusieurs fois, je lui avais dit qu'on laissait pas les gens souffrir qu'on respectait alors leur choix, qu'il n'y pas d'acharnement thérapeutique que voilà maintenant la culture palliative, elle était un petit peu dans tous les services et que quand on est soigné dans un CHU avec une équipe mobile et une USP, on était forcément bien pris en charge. Et je me suis rendue compte que non et que je lui avais un petit peu menti, là c'est vrai que ça m'a mis en difficulté.

Julie : Est-ce que cette situation a impacté ton travail de soignante ?

IDE 2 : Ça m'a fait une piqûre de rappel, c'est quelque chose que je me dis souvent que je soigne les patients comme j'aimerais qu'on soigne mes proches donc ça a un impact super positif. Mais de même que lorsque que tu as des étudiants ou des nouveaux professionnels, il faut être sensible à l'accueil, et quand tu avances dans ta pratique c'est quelque chose que tu as tendance à oublier mais faut pas et là c'est pareil.

Julie : Avec l'expérience est ce qu'on évolue dans la pratique du prendre soin ?

IDE 2 : Si si, après ça peut être dans le bon sens comme dans le mauvais, il peut y avoir de la lassitude, tu peux te dire depuis que je suis infirmière combien de décès j'ai eu, et ça se compte en millier vraiment. Après c'est pas rentrer dans la routine, d'accompagner chaque patient et chaque famille de façon singulière, de pas rentrer trop dans des protocoles et puis essayer aussi de ne pas penser à la place de, faire en se disant, je pensais bien faire donc j'ai fait ça. Il faut essayer de toujours questionner les patients et les familles pour pas penser à leur place. On peut faire des impairs des fois. On a une patiente ça s'est très mal passé, elle a perdu son mari et en fait elle est restée focalisée, le patient est décédé une nuit, et l'équipe soignante de nuit a essayé, pour avancer la dame, de regrouper ses affaires et de les mettre dans une valise, et du coup la dame ça l'a complètement choqué. Les collègues pensaient bien faire par ce souci d'aide, le bien faire pour l'autre et au final ça l'a déstabilisée. On sait pas comment l'autre vit les choses et on peut pas supposer pour l'autre, il faut questionner et

s'adapter. Pour celui qui reste, il n'y a pas de deuxième chance, une fin de vie ratée ça laisse des souvenirs difficiles.

On a un Monsieur qui a perdu son épouse, y a un an, donc il est revenu voir la psychologue en suivi de deuil et du coup il disait « je voudrais écrire un mot pour l'équipe ». Pour l'instant, il souhaite pas revenir dans le service mais il disait qu'est-ce qu'elle a eu une belle fin de vie. Il disait à la psychologue, on a le droit de dire ça ? Donc ici c'est l'inverse, il a un souvenir positif de la fin de vie.

Julie : Quand tu es affectée, parce que ça te rapporte à ta vie personnelle lorsque tu prends soin d'un patient, comment tu vas gérer tes émotions ?

IDE 2 : Alors déjà, si on est vraiment en difficulté, il faut savoir l'admettre, s'en rendre compte, accepter d'en parler à ses collègues et puis passer le relai si ça te met vraiment trop en difficulté ou bien demander à une collègue de t'accompagner. Après, on a tous des familles qui nous mettent moins à l'aise, des prises en charge compliquées, de dire viens avec moi car je suis moins à l'aise je suis un peu plus en difficulté. C'est aussi s'appuyer sur l'équipe. On voit la psychologue une fois par semaine pour échanger autour de tout ça. Tu n'as pas le choix, trop de charge émotionnelle. Les émotions, il faut apprendre à en parler ou les écrire mais essayer d'en faire quelque chose. Il faut faire en sorte d'en faire quelque chose de positif toujours. Même auprès des familles on peut le dire qu'on est en difficulté.

Julie : As-tu quelque chose à ajouter ?

IDE 2 : Les patients en fin de vie sont vulnérables et je trouve que c'est comme pour les enfants, tu ne mens pas. Donc si tu arrives stressé, ils vont le ressentir et forcément ça va mal se passer. Si tu arrives triste... Ce qui est important c'est que lorsque tu rentres dans une chambre, ce que tu vas amener avec toi, c'est décisif pour le reste du temps que tu vas passer avec le patient. Nos émotions c'est sûr, on dit que les enfants ce sont des éponges en termes d'émotions et bien pour les patients aussi. Il faut donc être vigilant à ça. Si par exemple, ça s'est mal passé avec une famille, il faut souffler un peu avant de rentrer dans la chambre parce que ça influe beaucoup sur la prise en charge. Donc, si toi tu n'es pas persuadé que ça va aller, qu'on va réussir à les apaiser, que ça va bien se passer, ça sonne faux. Ils le ressentent que tu es stressé, tendu. Quand on a une forte émotion, on dégage quelque chose soit de rassurant, soit d'apaisant. Si dans ton entourage, tu accompagnes quelqu'un en fin de vie de proche forcément ça impacte mais là quand c'est apaisant c'est quand tout va bien dans ta vie, quand la mort on la côtoie pas à la maison. Je ne sais pas si c'est possible d'accompagner quelqu'un en fin de vie aussi bien à la maison et au travail en même temps. Les émotions ne sont pas forcément négatives mais faut être en accord avec elles.

IDE 3 :

Julie : Est-ce que c'est possible de te présenter s'il te plaît ?

IDE 3 : Alors moi, je suis infirmière depuis 1995, mais avant j'ai été aide-soignante et dans une autre vie, j'ai été agent de service hospitalier et j'ai commencé ma carrière à Paris. Donc, je l'ai débuté une fois que j'ai été infirmière, j'ai travaillé en service sida au moment de la grosse hécatombe donc j'ai eu affaire à des patients très jeunes et en 2000, je suis venue en Bretagne où l'on m'a proposé une place en soins palliatifs. Je n'avais pas le choix, j'y suis allée à reculons, j'avais très peur, on m'a proposé un mi-temps et je n'y suis plus sortie de ce service parce que j'adore, j'adore la prise en charge. C'est un questionnement permanent de pourquoi on fait les choses, quel est le but, quel est l'intérêt et j'ai appris qu'il n'y a jamais de certitudes en fin de vie, notamment, on peut avoir des convictions mais jamais de certitudes puisque c'est jamais pareil d'un patient à un autre. Moi, ce qui me plaît en soins palliatifs, c'est la question du sens de chacun de nos soins, quel sens ça a et je trouve que ça aide à la prise en charge c'est pour ça que je peux pas aller ailleurs. Ça fait 20 ans que je suis en soins palliatifs sachant qu'avant je ne faisais pas de soins palliatifs, on était auprès des mourants mais on luttait contre un virus et c'est vrai qu'on s'acharnait à empêcher de mourir puisque c'était des patients très jeunes et on avait qu'une optique c'était lutter contre le virus après heureusement certains nous ont dit stop arrêtez, laissez-nous tranquilles, ce qui fait que le palliatif à émerger grâce à eux d'ailleurs. C'est pas possible d'aller ailleurs pour moi aujourd'hui par rapport à notre façon de travailler, je pourrais plus.

Julie : Qu'est-ce qu'une émotion pour toi ?

IDE 3 : Une émotion c'est un ressenti qui nous touche pour moi une émotion, ça peut être aussi un rire, ça peut être des pleurs, des larmes en tout cas, ce sont des sentiments qu'on ressent pendant notre travail que ce soit positif ou négatif. Ça peut être de la colère aussi c'est tout ça une émotion.

Julie : Est-ce que pour toi, elles ont une place importante dans la posture de soignant ou sont-elles nécessaires ?

IDE 3 : Oui, aujourd'hui ça fait 20 ans que je suis en palliatif, peut-être qu'en début de carrière j'aurais dit que les émotions il fallait les cacher mais aujourd'hui c'est pas du tout, c'est pas du tout ça. J'ai oublié de dire aussi que j'avais un DU soins palliatifs et ce DU-là, m'a aidé à déconstruire le mur que j'avais élaboré pendant mes études d'infirmière parce qu'à mon époque, il fallait pas montrer au patient ou à sa famille ce qu'on pouvait ressentir. C'était un peu ça, nos émotions, il fallait surtout pas les faire paraître, fallait toujours rester forte. Après, ça peut être une force aussi de montrer son émotion pour moi en tout cas, surtout en soins palliatifs, il faut garder son authenticité parce que les gens savent si on cache les choses. Et c'est sain d'avoir des émotions, pour moi, c'est très sain, ça veut

dire qu'on éprouve des choses. Le jour où moi je n'aurai plus d'émotion, il faudra que je change de métier. Pour moi, j'en suis convaincue. Quelqu'un qui n'a pas d'émotions, c'est quelqu'un qui va pas bien soigner.

Julie : Durant ton parcours professionnel, est ce que tu as été confrontée à une situation où il y avait une grande émotion ?

IDE 3 : Oui, plusieurs fois, à plusieurs reprises oui.

Julie : Est-ce que c'est possible de m'en raconter une ?

IDE 3 : Oui, notamment, il y a 2 ans, on a eu une jeune fille à accompagner en fin de vie, 23 ans. Elle était autiste Asperger et dans cette pathologie-là, il n'y a pas de filtre, donc, c'était assez souvent que la patiente me disait « XXXXX est-ce que tu viendras à mon enterrement quand je serai morte ? » donc là ça vous laisse pas indifférent tout ça, donc, il faut savoir avoir un recul déjà, mais, il faut savoir répondre parce qu'elle attendait une réponse évidemment. Donc ça au niveau de l'émotion, ça moi... j'avais du mal, j'ai une fille de cet âge-là, donc, je suis maman aussi et oui l'émotion, elle était bien présente.

Julie : Tu saurais me dire lesquelles tu as ressenti ?

IDE 3 : La surprise, déjà de la question, et en même temps ça me faisait mal au fond de moi puisqu'elle parlait de sa mort et elle savait qu'elle allait mourir, moi aussi je le savais. Et en fait je suis restée authentique et je n'ai pas fui, j'ai tendu la perche qu'elle me tendait, parce que je pense que si elle parlait de ça, c'est parce qu'elle avait envie de parler de la mort et de sa finitude. Donc, je lui ai demandé pourquoi elle disait ça, est ce que c'était important pour elle que j'aie à son enterrement et pourquoi elle nous le demandait tout simplement et elle m'a dit qu'elle m'aimait bien, qu'elle était rassurée quand je prenais soin d'elle, parce que parfois, elle dépassait les bornes et je lui parlais un peu comme une fille, comme à ma fille, parce qu'elle avait des caprices, quand même, qui étaient quand même assez présents. Et elle manipulait quand même l'équipe, faut l'admettre, et avec les jeunes c'était difficile ça passait pas bien, moi j'y arrivais parce que j'arrivais à la cadrer, quand elle exagérait, je lui disais là non vous exagérez, ça va pas se passer comme ça, ça se passera pas comme hier où là ça a été difficile avec ma collègue, on fera pas comme ça aujourd'hui et puis ça se passait très bien. Et après, elle le disait d'ailleurs que ça la recadrerait, ça la rassurait d'être gentiment gronder comme une maman gronde son enfant, son adolescente. A 23 ans, elle avait des demandes un peu adolescentes quoi, c'est normal, elle était jeune et puis ça l'a rassuré d'être cadrée, elle savait qu'il fallait pas aller plus loin et ça se passait très bien. Donc oui là c'était difficile, ça a été difficile. Après, on savait qu'elle allait décéder, on peut pas changer les choses. Les gens, ils sont malades et on n'y est

pour rien nous, on est là pour les accompagner, faut prendre le recul. Elle cherchait pas une réponse oui ou non pour son enterrement, elle voulait juste parler de la mort. Quand j'ai demandé pourquoi vous dites ça, c'était sa demande, c'était biaisé mais il faut le savoir qu'en fait c'était pas ça l'important que j'assiste ou que je n'assiste pas, c'était que elle, elle savait qu'elle allait mourir, elle voulait en parler. Alors, moi je lui dis « aujourd'hui vous vous sentez comment ? », elle me répond bien, bah je dis on va rester là-dessus si vous vous êtes bien, on va plutôt penser à la journée d'aujourd'hui, on verra demain de quoi il sera fait et ça, ça l'avait apaisé. Parce que personne a la réponse de quand elle allait mourir, je ne savais rien moi, elle non plus. On savait que c'était imminent mais peut-être pas au jour près, elle avait des choses à vivre. Et oui là ça a été difficile parce qu'elle était jeune c'est vrai. De par sa jeunesse et puis elle était mignonnette quoi, on s'attache à nos patients, heureusement qu'on s'attache. Après montrer nos émotions quelquefois je crois que quand nous on la montre, c'est aussi quand on perd un patient, peut-être qu'avec la famille on a fait un bon bout de chemin où l'on a tissé des liens et bien quand ce chemin se termine parfois on peut être amené à avoir une petite larme ou des yeux qui montrent de la tristesse. Après, je trouve que de pleurer devant la famille c'est, je ne sais pas si c'est une bonne chose parce qu'ils ont déjà leur peine à vivre, est ce que c'est bien de leur imposer la nôtre ? Je n'en sais rien mais ça touche les gens, ils voient bien qu'on est triste, ça les touchent ça, ça veut dire « Ah bah tiens elle a des sentiments » et bien évidemment qu'on a des sentiments et moi je trouve ça sain et humain, on est pas des robots, on pense des choses, on vit des choses et je trouve que c'est bien de les vivre. Après ce qui est important c'est quand on sort, quand on s'en va, il faut essayer de prendre du recul avec tout ça, laisser de côté.

Julie : Est-ce qu'il y a une autre situation où ça t'a rapporté à un événement de ta vie personnelle, est ce qu'un élément de ta vie personnelle a impacté ton prendre soin par rapport à une personne justement parce qu'elle te rappelait quelqu'un, parce que tu as pris en charge un proche ?

IDE 3 : Moi, ça m'a rappelé ma petite enfance, j'ai pas eu une enfance très rose, très heureuse mais on a eu un patient qui a fait une hémorragie cataclysmique mais une grosse hémorragie et ça c'est très dur à vivre parce que c'est tout dans l'urgence, c'est, faut tout faire vite et puis on sait que le patient va en mourir et c'est ce qui s'est passé, le patient, il est mort au bout de son sang, il faisait une hémoptysie massive, là, à part le faire dormir pour pas qu'il voit la mort arriver, on peut rien faire d'autre et oui ça, ça m'a rappelé, ce sang rouge, ça m'a rappelé des événements de ma vie quand j'étais petite et ça ce sont des choses qui ont fait surface. Donc, c'est un événement qui m'a fait penser, du fait de voir tout ce sang rouge, ça m'a fait penser à l'alcoolisme de ma mère que j'avais refoulé. En fait je voyais du rouge, je voyais des bouteilles de vin rouge et ça, ça a été très dur pour moi oui ça a été un choc pour moi parce que j'avais occulté ces choses-là où il fallait aller acheter le vin pour qu'elle s'alcoolise notre mère. J'avais 10 ans moi quand c'est arrivé ça et j'avais complètement occulté cet

événement là et oui ça m'a fait beaucoup, peut-être pas de mal, mais ça m'a fait ouvrir une page que j'avais pas forcément envie d'ouvrir. Mais heureusement, on a une psychologue et ça m'a fait du bien de discuter, de comprendre pourquoi j'étais si mal, mais ça m'a fait du bien. Comme quoi, il faut parler aussi des événements graves qu'on a pu vivre parce que souvent, il y a des liens qui vont se faire là où on s'y attend pas. Ça c'est de l'émotion. J'ai eu aussi une émotion, et alors ça, ça m'a complètement bouleversé, j'étais perdue, c'est le mari d'une patiente qui était très froid, très distant avec nous et du jour où sa femme est décédée, il a eu un comportement complètement différent. Il n'arrêtait pas de venir dans le service alors que sa femme était dans le funérarium, et il a demandé à plusieurs reprises à me voir moi. Et quand vos collègues vous disent, il y a monsieur untel qui veut te voir, il y a pleins de choses dans la tête qui se passent, qu'est-ce qu'on a fait qu'on n'aurait pas dû, qu'est-ce qu'on a pas fait qu'on aurait dû faire. On culpabilise, c'est la culpabilité, parce que je ne comprenais pas pourquoi il voulait me voir moi parce qu'on est une équipe, on travaille en binôme. Quand il est venu me voir, je lui ai posé la question « pourquoi vous voulez me voir moi, est-ce que vous voulez peut être nous parler de notre association ? ». Parce qu'on a créé une association soins palliatifs parce que les gens nous ont fait beaucoup de dons, beaucoup d'argent et on ne savait pas où allait cet argent. Donc, le médecin du service à l'époque a décidé de créer une association pour que l'argent serve à améliorer la prise en charge du patient. Ce qui a été fait d'ailleurs. Donc, il me dit oui, mais je vois bien qu'il est pas convaincu, parce que tout ce qu'on lui redit sur l'association, il le savait déjà, on lui avait déjà dit. Et au moment où je pense que l'entretien est terminé, je me lève avec ma collègue, parce qu'on était à deux, là il s'adresse à moi et me dit « Non, XXXXX, je voudrais vraiment vous parler seul à seul », donc là je me suis dit il veut vraiment me dire quelque chose. Donc ma collègue aide-soignante elle sort, mais elle ne ferme pas complètement la porte parce que je ne sais pas ce qui va m'arriver, on sait jamais. Et là, il me dit de but au blanc « XXXXX je suis amoureux de vous », alors là je suis tombée dénuée quoi, quelqu'un qui était très distant, très froid et puis du jour au lendemain, il change complètement. Je fais « non », je deviens toute rouge parce que là, il y a de l'émotion, qu'est-ce que vous avez fait pour qu'il pense ça. D'ailleurs, je lui demande, « est-ce que j'ai eu une attitude, est-ce que j'ai eu un mot qui vous fait penser ça, en tout cas j'en suis désolée si c'est arrivé mais en aucun cas j'ai ce même sentiment » et puis il m'écoutait pas. Et là il me fait « je vous en prie dites-moi que vous n'êtes pas libre » je fais « non je suis pas libre ». Après, il s'est levé, il était tout malheureux parce que non je n'avais pas les mêmes sentiments que lui quoi et là, j'ai appelé la psychologue parce que je ne savais plus où j'en étais, est ce que c'est ma faute, est ce que je lui ai serré la main j'aurais pas dû le faire. Parce que moi j'aimais beaucoup à l'époque, ça m'a complètement changé, quand les gens venaient me voir même les patients, quand je m'adresse à eux, je leur serre la main pour leur dire bonjour et ça c'est quelque chose qui établit un bon contact, une bonne relation, en général, c'est très apprécié. Et de ce jour-là, je n'ai plus jamais serré les mains, tellement ça m'a choqué. Là, avec l'histoire du COVID,

on peut plus le faire donc à la limite ça m'arrange, alors que moi c'était quelque chose d'essentiel. Je serrais la main et je posais l'autre par-dessus pour montrer que je m'adresse bien à vous, que vous êtes un monsieur, vous êtes pas un numéro ou que vous êtes une dame, pas un numéro et les gens appréciaient beaucoup. Et je sais que ça leur faisait plaisir de voir qu'on les considère pas comme des numéros. Donc ça, ça a influencé sur ma vie d'après, on peut le dire. Et le monsieur faisait partie de l'association pour garder un contact et ça m'a fait un peu peur et puis il a demandé à me parler une fois après la célébration des familles, moi je suis partie avant la fin car je voulais vraiment pas lui parler, je pensais qu'il fallait mettre un mur, je suis rentrée chez moi et puis après j'ai plus jamais eu de contact. Pourtant, je l'ai revu deux ou trois fois à des réunions, mais il est pas revenu me voir. Du coup je me suis dit c'est bon, son fantasme est passé mais c'était pas un fantasme d'après la psychologue, il était réellement amoureux et ça a été très courageux de me le dire parce que fallait quand même du courage pour m'annoncer ça, c'est pas facile à dire. Et au contraire, la psychologue m'a dit qu'il était réellement amoureux que c'était pas un fantasme. C'était extrêmement courageux. C'était une petite anecdote, on en a reparlé mais sur le coup ça m'a pas fait rire. Ça déstabilise, donc ça c'est une émotion que j'avais pas prévu. C'est de la surprise, de l'incompréhension, on comprend pas, on se pose des questions. Pourtant, il y avait pleins de beaux canons avec moi, pleins de filles toutes jeunes, je comprends pas pourquoi moi. Enfin bref, on rigolait avec ça, ça nous a mis beaucoup d'humour après. Ça met mal à l'aise. Je lui ai dit « je pense que vous confondez vos émotions » parce que j'ai été beaucoup là, j'ai fait beaucoup de jours, j'ai travaillé énormément. Et du coup, le fait de me voir tous les jours, il a peut être confondu, il y a eu une confusion. Je lui ai dit « vous venez de perdre votre dame, vous confondez je pense » et il disait « non, je confonds pas », il était vraiment... il y croyait vraiment.

Julie : Est-ce que quelque chose dans ta vie personnelle est venu impacter le prendre soin sur un patient que tu avais en charge ?

IDE 3 : Non je vois pas là, pas dans ce sens-là.

Julie : Et tu en penses quoi ? Est-ce que pour toi ça peut arriver ?

IDE 3 : Surement, tout peut arriver après faut rester sur ses gardes un petit peu, faut faire attention. En tout cas, faut pas rester seul avec ça, si on a un chamboulement comme ça, il faut en parler. Alors, on a nos collègues, ça aide et on a surtout notre psychologue, une fois par semaine, ça aide. On a une réunion, et cette réunion, je trouve qu'elle est importante, très importante parce que c'est pareil les émotions, ça peut être quelqu'un qui ne nous apprécie pas nous en tant que soignant aussi. Après, on a le droit de ne pas être aimé, on a le droit de ne pas être apprécié non plus. On a des atomes crochus avec certains et pas avec d'autres, pourquoi pas. Mais il faut pas se culpabiliser et dire c'est de ma faute,

c'est comme ça, quoiqu'on fasse, on arrivera pas à établir un lien, il faut vraiment prendre du recul avec ça aussi et se dire c'est comme ça, on fait notre possible, on soigne avec les moyens qu'on a.

ANNEXE III : ANALYSE DES ENTRETIENS

LES EMOTIONS	<u>Définition/Représentations</u>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Très personnel » - « Personne dépendante » - « Façon que la personne a de réagir [...] face aux événements » - « Tout ce qui n'est pas dit » - « Passe beaucoup par notre manière d'être, le physique » - « Beaucoup de l'ordre du physique [...] pas toujours comme ça aussi » - « C'est du non-verbal mais pas que, après y a des gens qui vont beaucoup parler » - « J'ai pas de définition » - « On associe souvent ça a du triste »
		<p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Plusieurs types d'émotions » - « Dans tous les cas, elle ne sont pas négatives » - « Quelque chose qu'il ne faut pas freiner » - « On vit avec nos émotions, on vibre » - « Les émotions ça fait partie de la vie » - « La tristesse c'est pas négatif non, le tout c'est de pouvoir l'exprimer [...] c'est négatif si tu t'autorise pas à verbaliser » - « Ca nous remet tous au même niveau » - « les émotions ne sont pas forcément négatives mais faut être en accord avec elle »
		<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ressenti qui nous touche »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Ca peut-être aussi un rire, ça peut-être des pleurs, des larmes » - « Ce sont des sentiments qu'on ressent pendant notre travail » - « Que ce soit positif ou négatif » - « Ca peut être de la colère » - « C'est sain d'avoir des émotions, [...] ça veut dire qu'on éprouve des choses »
	<p><u>Dans la posture soignante</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « J'en ai tous les jours [...] il faut en avoir » - « Faut pas se laisser envahir par ses émotions, qu'elles soient juste bien dosées » - « Si on en a pas, on peut pas accompagner bien les gens » - « C'est nécessaire » - « Il en faut sinon ça serait bien triste » - « Pas venir avec tes émotions à toi » - « Laisser ce qui ne va pas de côté [...] sinon tu n'apportes pas grand-chose, enfin tu n'es pas très aidante » - « Il faut trouver le juste milieu » - « Je suis pas là non plus pour m'épancher, parce que là du coup, tu n'es pas du tout aidante, tu n'es pas en capacité » <p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « On impose aux étudiants de le faire, on s'impose à soi de le faire (sous-entendu freiner les émotions) [...] Je pense que quand on raisonne comme ça, ça peut pas fonctionner»

		<ul style="list-style-type: none"> - « Les situations, elles nous touchent, c'est normal, l'inverse serait étonnant [...] On est des femmes ou des hommes qui accompagnent des hommes et des femmes et puis ça ne nous rend pas pour autant moins compétent, moins soignant» - « Un bon accompagnement, il se fait avec des émotions parce que sans émotion, il y a de la froideur, il y aurait de la distance » - « C'est aussi la bonne distance [...] dans l'accompagnement, la distance professionnelle » - « La bonne proximité, la juste proximité »
		<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Peut-être qu'en début de carrière j'aurais dit que les émotions, il fallait les cacher mais aujourd'hui c'est pas du tout, c'est pas du tout ça » - « A mon époque [...] nos émotions, il fallait surtout pas les faire paraître, fallait toujours rester forte » - « Le jour où moi je n'aurais plus d'émotion, il faudra que je change de métier » - « Quelqu'un qui n'a pas d'émotion, c'est quelqu'un qui va pas bien soigner »
	<p><u>Dans les soins palliatifs</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mais en même temps, surtout en soins palliatifs, tenter de ne pas se laisser submerger, notamment par la tristesse, parce qu'on est là pour accompagner, pour soutenir, pour aider au quotidien »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Après des fois on se laisse submerger mais après, tenter de ne pas le faire avec l’entourage et les patients » - « Je te parle de la tristesse parce que l’accompagnement de fin de vie et tout ça, c’est surtout la tristesse [...]mais ça peut être aussi joyeux [...] d’être souriante, avenante »
		<p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « D’autant plus quand on travaille dans une unité de soins palliatifs on est imprégné par ça, par les émotions » - « Pas que du négatif, pas du tout » - « Oui, tu peux pas t’écrouler devant la famille » - « On a des très bons et des très beaux moments » - « Les émotions ça fait partie de la vie, ça fait partie de la fin de vie » - « C’est plutôt de la joie » - « C’est pas parce qu’on travaille avec des gens en fin de vie qu’il faut être triste » - « Il le ressent que tu es stressé, tendu » - « Quand on a une forte émotion, on dégage quelque chose »
		<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ca peut être une force aussi de montrer son émotion, pour moi en tout cas, surtout en soins palliatifs » - « Il faut garder son authenticité » - « Les gens savent si on cache des choses »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Je trouve que pleurer devant la famille c'est, je ne sais pas si c'est une bonne chose parce qu'ils ont déjà leur peine à vivre » - « On est pas des robots, on pense des choses, on vit des choses et je trouve que c'est bien de les vivre »
	<p><u>La gestion des émotions</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'âge et l'expérience professionnelle aide aussi peut-être, et du coup tu es moins impacté au fur et à mesure des rencontres notamment en rapport avec la fin de vie et le deuil » - « Je m'efface de la situation » - « Tu prends un petit peu de distance et puis tu reviens » - « Tu fais avec, tu fais au mieux » - « Je sais pas s'il y a pas une bonne façon de faire - « Après, la gestion des émotions c'est propre à chacun » - « J'ai pas de manière, c'est vraiment plutôt de l'ordre de fonctionnement de chacun » - « On fait comme on peut surtout » - « J'ai passé la main » <p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « On a des temps d'échange en équipe pour pouvoir parler de tout ça » - « Les émotions, il faut apprendre à en parler ou les écrire mais essayer d'en faire quelque chose » - « Faire en sorte d'en faire quelque chose de positif, toujours »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Même auprès des familles, on peut le dire qu'on est en difficulté »
		<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « On est là pour les accompagner, faut prendre le recul » - « Laisser de côté » - « On a une psychologue et ça m'a fait du bien de discuter, de comprendre »
<p align="center">LE PRENDRE SOIN DANS LES SOINS PALLIATIFS</p>		<p>IDE 1 :</p>
		<p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pas rentrer dans la routine, d'accompagner chaque patient et chaque famille de façon singulière » - « De pas trop rentrer dans les protocoles et puis essayer de ne pas penser à la place de, faire en se disant je pensais bien faire donc j'ai fait ça » - « Toujours questionner les patients et les familles pour pas penser à leur place » - « On sait pas comment l'autre vit les choses et on peut pas supposer pour l'autre, il faut questionner et s'adapter » - « Une fin de vie ratée, ça laisse des souvenirs difficiles » - « Tu ne mens pas » - « Ce que tu vas amener avec toi c'est décisif pour le reste du temps que tu vas passer avec le patient »

	<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est un questionnement permanent de pourquoi on fait les choses » - « Quel est le but, quel est l'intérêt » - « Il n'y a jamais de certitudes en fin de vie » - « On peut avoir des convictions mais jamais des certitudes » - « C'est jamais pareil d'un patient à un autre » - « C'est la question du sens de chacun de nos soins [...] je trouve que ça aide à la prise en charge » 	
<p>LA RESONANCE PERSONNELLE</p>	<p><u>Type de situation</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est le plus chargé en émotion, c'est que des fois tu fais des transferts avec [...] tes proches » - « Tu dis ça pourrait être mon père » - « Quand tu as des patients qui ont la même maladie, tu peux pas faire autrement que d'y penser et du coup tu penses à plus de choses » - « C'est un peu du privée qui s'immisce dans ta vie professionnelle »
	<p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Quand c'est compliqué avec les familles c'est souvent qu'il y a une histoire de transfert, je te dis des enfants jeunes parce que j'ai des enfants jeunes » - « C'est compliqué dans le sens où ça sort un peu plus de notre quotidien » - « Dès qu'on se projette un peu plus » 	

		<p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « J'avais du mal, j'ai une fille de cet âge-là donc je suis maman et oui l'émotion, elle était bien présente » - « Parce qu'elle était jeune » - « Il y a des liens qui vont se faire là où on s'y attend pas »
	<p><u>Gestion</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Tu respire un bon coup, tu souffles et puis voilà, on y va » - « Moi je m'épanche pas » - « Je suis partie parce que ça montait peut-être plus que d'autres fois » - « Tu te reprends, ça remonte et puis tu passes à autre chose » <p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Savoir l'admettre, s'en rendre compte, accepter d'en parler à ses collègues et puis passer le relai » - « Demander à une collègue de t'accompagner » - « C'est aussi s'appuyer sur l'équipe » <p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je suis restée authentique, je n'ai pas fui » - « Faut rester sur ses gardes un petit peu » - « Faut pas rester seul avec ça,[...], il faut en parler »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Pas culpabiliser et dire c'est de ma faute »
	<p><u>Impact sur le prendre soin</u></p>	<p>IDE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Il peut y avoir du déstabilisant mais comme il peut y avoir du bien parce que tu as appris des choses aussi en accompagnant un proche à toi et de l'avoir accompagné un peu [...] ça peut te donner des billes pour mieux t'occuper des gens aussi » - « Ca dessert pas » - « C'est là que c'est le plus dur à gérer parce que tu arrives moins à mettre de la distance avec des situations » <p>IDE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ca m'a fait une pique de rappel » - « Je soigne les patients comme j'aimerais qu'on soigne mes proches » - « Impact super positif » - « Si dans ton entourage, tu accompagnes quelqu'un en fin de vie forcément ça impacte » - « Quand c'est apaisant, c'est quand tout va bien dans ta vie, quand la mort on la côtoie pas à la maison » - « Je ne sais pas si c'est possible d'accompagner quelqu'un en fin de vie aussi bien à la maison et au travail en même temps » <p>IDE 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je lui parlais un peu comme une fille, comme à ma fille »

		<ul style="list-style-type: none">- « Ca m'a complètement changé »- « De ce jour-là, je n'ai plus jamais serré les mains, tellement ça m'a choqué »- « Ca a influencé sur ma vie d'après, on peut le dire »
--	--	---

NOM : BOUFFARE	PRENOM : JULIE
TITRE : Compassionate end-of-life care/Prendre soin avec ses émotions des personnes en fin de vie	
<p>A health professional is first and foremost a human being with feelings. Feelings which throughout our lifetime will affect our way of doing things. Indeed, when caring for a patient, our own personal feelings will have an impact on how we care. Moreover, we regularly come into contact with end-of-life patients in situations which can cause strong emotions. Especially when these situations remind us of similar experiences in our own personal life. Based on these observations, I came to ask myself the following question:</p> <p><u>“In an end-of-life context, how can the carer’s own feelings and own experiences influence the way he/she provides care?”</u></p> <p>In order to answer this question, I first researched the main concepts in order to clarify their underlying principles: end of life, emotions, personal resonance and caregiving. Next, I interviewed three nurses, two in palliative care units and one in pneumology. Thanks to these interviews, new concepts and new viewpoints came to light. I was therefore able to compare the different data gathered.</p> <p>All in all, this research enabled me to understand the true impact of our emotions on end-of-life care when faced with a situation with personal resonance. It also changed my way of thinking, especially regarding the importance of not keeping our feelings to ourselves but on the contrary being able to discuss them openly.</p>	
<p>Un professionnel de santé est avant tout un être humain avec des <u>émotions</u>. Des <u>émotions</u> qui au cours de notre vie vont nous influencer sur notre manière d’agir. En effet, lorsque l’on <u>prend en soin un patient</u>, nous sommes pourvus <u>d’émotions personnelles</u> qui vont impacter <u>notre prendre soin</u>. De plus, nous côtoyons régulièrement <u>la fin de vie</u> ce qui peut procurer chez nous des émotions intenses. D’autant plus quand cette situation nous rappelle <u>notre vie personnelle</u>. Alors, au travers de nombreux questionnements, je suis venue à me demander :</p> <p><u>« Dans un contexte de fin de vie, en quoi les émotions du soignant, dans une situation de résonance personnelle influence le prendre soin ? ».</u></p> <p>Pour éclaircir cette thématique, j’ai tout d’abord effectué de nombreuses recherches autour de mes notions principales dans le but de les expliciter plus en détails afin de mieux appréhender leur principe. Effectivement, j’ai pu développer les termes de <u>fin de vie</u>, <u>émotions</u>, <u>résonance personnelle</u> et le <u>prendre soin</u>. Ensuite, j’ai réalisé des entretiens auprès de trois infirmières, deux d’unité de soins palliatifs et une de pneumologie. Grâce à ces entretiens, de nouvelles notions sont apparues mais également de nouveaux points de vue. Ainsi, j’ai pu comparer l’ensemble de mes données recueillies.</p> <p>Finalement, ce travail m’a permis de comprendre le réel <u>impact de nos émotions</u> sur le <u>prendre soin en fin de vie</u> suite à une situation nous rappelant notre <u>vie personnelle</u>. Alors, cette recherche a fait évoluer mes idées notamment sur le réel intérêt de ne pas tout garder pour nous mais au contraire de pouvoir en parler librement.</p>	
KEY WORDS : Emotions, end-of-life, caregiving, personal resonance	
MOT CLES : Emotions, fin de vie, résonance personnelle, prendre soin	
Institut de Formation en Soins infirmiers du CHU de Rennes : 2, Rue Henri Le Guilloux 35 033 RENNES, Cedex 9 Travail écrit de fin d’études – Années de formation : 2018-2021	