



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'accueil des émotions au sein de la relation soignant-soigné.



Formateur référent mémoire : MALEYRAN Christophe

TROHEL Anaïs
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 02 mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'accueil des émotions au sein de la relation soignant-soigné.

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 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 02 mai 2022

Signature de l'étudiant :

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 tiens à remercier toutes les personnes qui, au cours de ma formation, ont contribué à la réussite de celle-ci. Je pense aux formateurs de l'institut de formation du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes mais également aux professionnels infirmiers et aides-soignants rencontrés sur les terrains de stages.

Je remercie particulièrement Monsieur Simon Delambily, mon référent pédagogique, pour son accompagnement, son écoute, ses conseils et sa disponibilité tout au long de cette formation.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Monsieur Christophe Maleyran, mon référent de mémoire, pour m'avoir aidée, encadrée, et conseillée durant cette année. Merci de m'avoir accompagnée dans l'aboutissement de ce travail.

Les infirmières rencontrées pour ce travail de recherche, pour le temps qu'elles m'ont accordé pour les entretiens ainsi que pour la richesse de nos échanges. C'est en partie grâce à elles que j'ai pu écrire ce mémoire.

Enfin, je remercie Emilie, ma cousine, pour sa relecture.

SOMMAIRE

Introduction :	6
Le cheminement vers la question de départ.	2
Les situations d'appels	2
La question de départ.	4
Cadre conceptuel	5
Qu'est-ce qu'une émotion?	5
Généralités sur les émotions	5
Les émotions ressenties lors des soins infirmiers	7
L'intelligence émotionnelle pour une meilleure gestion des émotions	8
La place de la communication thérapeutique dans la relation soignant-soigné.	10
La communication verbale, non-verbale et para-verbale	10
La relation d'aide	11
Focus sur l'hypnose	12
Le rôle de l'expérience dans la relation soignant-soigné	13
L'expérience acquise au cours de la formation infirmière.	13
L'expérience professionnelle	14
L'expérience personnelle	15
Le dispositif méthodologique du recueil de données	16
Objectifs du guide d'entretien	16
Population interviewée	16
Organisation pour la réalisation des entretiens	17
Bilan du dispositif	17
L'analyse descriptive des entretiens	18
Le parcours professionnel des infirmières	18
La place des émotions dans la relation soignant-soigné	18
Le rôle de la communication thérapeutique dans la gestion des émotions du patient.	20
L'importance de l'expérience dans la gestion des émotions du patient.	21
Discussion	23
Accueillir les émotions	23
L'importance de la communication thérapeutique	24
Le rôle joué par l'expérience dans la relation soignant-soigné	27
La question de recherche définitive	29
Conclusion	30
Bibliographie	31
Annexe I : L'intelligence émotionnelle, le modèle originel de SALOVEY et MEYER (1990).	34
Annexe II : Guide utilisé pour les entretiens avec les professionnels.	35
Annexe II : La retranscription du premier entretien avec Elodie (nom d'emprunt), infirmière diplômée depuis 1993.	37
Annexe III : La retranscription du second entretien, avec Camille (nom d'emprunt), infirmière diplômée depuis 2016.	43
Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens	48

“Partout où l’infirmière passe, elle laisse des traces... l’empreinte de sa compétence, de sa déférence ou de son indifférence.”

M.Phaneuf

Introduction :

Ce mémoire d'initiation à la recherche est réalisé dans le cadre de ma dernière année de formation en soins infirmiers et constitue un des objectifs finaux avant l'obtention du diplôme. Il portera sur les capacités que peuvent avoir certains soignants, de par leurs qualités relationnelles, à modifier la perception d'un soin ou d'une situation, pour le patient.

Tout au long de ma formation, j'ai rencontré de nombreux soignants ayant des capacités relationnelles incroyables. A leur manière, ils arrivaient à trouver les bons mots, à rassurer le patient, à apaiser son anxiété ou sa tristesse. Tout de suite, ma réflexion a été la suivante : "quand je serai infirmière, je veux être comme ces soignants", et c'est ce qui a, très rapidement, motivé mon sujet de recherche. De plus, j'apprécie énormément les soins relationnels, je suis toujours impressionnée lorsque je vois un soignant faire preuve de qualités relationnelles telles qu'elles permettent d'apporter une réelle aide pour le patient. J'ai compris l'importance que les soignants attachaient aux émotions du patient, à ce qu'il ressentait, pour ensuite adapter leur communication.

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, j'aimerais évoquer le rôle de la communication thérapeutique dans la qualité de prise en soin d'un patient. Je souhaiterais également déterminer la place de l'expérience du soignant dans la gestion des émotions du soigné. De plus, j'aimerais acquérir des connaissances liées aux techniques de communication, afin d'améliorer mes propres pratiques professionnelles. Celles-ci me permettront de mieux aborder ma future prise de poste, où je ferais en sorte d'exploiter mes capacités relationnelles acquises au cours de ma formation et lors de mes recherches pour ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Ce travail de recherche commencera par une présentation de mes situations d'appels, qui, rapidement, m'ont conduite à traiter ce sujet. J'exposerai par la suite ma question de départ, fruit de mes réflexions liées aux situations d'appels. Ensuite, débutera mon cadre théorique, qui exprimera ce que pensent les auteurs vis-à-vis de mon sujet, avec un plan en trois parties :

En premier lieu, j'évoquerai les émotions en général, ainsi que les émotions dans les soins et comment c'est possible de mieux les gérer, autant pour le patient que pour le soignant. Dans un second temps, je montrerai l'importance, dans sa globalité, de la communication thérapeutique, au sein de la relation entre un soignant et un soigné. Enfin, dans un troisième et dernier temps, je décrirai la place de l'expérience professionnelle, de l'expérience personnelle et de celle acquise au

cours de la formation, dans la qualité des entretiens d'aides avec le patient. Suite à la présentation de mon cadre théorique, j'exposerai la méthodologie que j'ai utilisée dans la réalisation de mon recueil de données, puis je réaliserai l'analyse descriptive de mes entretiens, pour savoir ce que disent les professionnels de mon sujet. Je poursuivrai avec la discussion, qui me permettra de réaliser une analyse interprétative des entretiens en parallèle avec mon cadre théorique. Cette discussion me permettra d'exprimer mon opinion. Après avoir défini la question de recherche définitive, ce mémoire prendra fin avec une conclusion, pour résumer le chemin de ma réflexion.

Le cheminement vers la question de départ.

1. Les situations d'appels

Pour mes situations d'appels, j'ai choisi deux infirmières, rencontrées lors de mes stages de semestre 2 et 4. J'ai choisi ces deux infirmières pour l'exemple de relation soignant-soigné qu'elles ont pu m'offrir.

Situation d'appel n°1 :

L'infirmière évoquée dans ma première situation d'appel aura comme nom d'emprunt celui de Claire. Si je souhaite parler de Claire, c'est pour l'exemple qu'elle m'a livré, lors de ma première année d'école infirmière. Je découvrais encore le métier quand j'ai compris grâce à elle, la posture professionnelle que j'aimerais avoir, l'infirmière que je souhaitais devenir. Je me rappelle notamment d'une ablation d'agrafes chez un patient qui était très anxieux. Il n'était pas anxieux à cause du soin en particulier mais en général, à cause de son hospitalisation. Il était réticent au toucher et donc lors des soins infirmiers. Claire me propose quand même de retirer les agrafes, en me disant que je n'ai pas à m'inquiéter de l'anxiété du patient, elle pourra justement lui changer les idées pendant que je réalise le soin. Et en effet, tout au long du soin, elle l'a accompagné et rassuré tout en étant réaliste, en disant que cela pouvait être désagréable. Elle l'a détendu, elle l'a fait sourire, elle s'est intéressée à sa vie personnelle de manière à ce que le patient ne voit pas le soin passé, et c'est exactement ce qui s'est produit. Elle a permis au patient de ne pas se laisser dépasser par ses émotions, notamment son anxiété et sa peur. À ce moment précis, je me suis demandé comment le soin se serait passé si Claire n'avait pas été là. Le patient aurait probablement été très anxieux à l'annonce du soin et au vu de ma courte expérience, je n'aurais sûrement pas été en capacité de réaliser mon soin et de le rassurer en même temps. C'est bien sûr normal lors de l'apprentissage d'un soin, mais ceci m'a motivée, tout au long de ma formation, à prendre exemple sur cette relation de soignant à soigné, une relation d'aide où les communications verbale et non verbale auraient donc une place indispensable.

Les questionnements liés à cette situation d'appel :

Je me suis questionnée sur l'importance de cette communication dans les situations de soins où le patient semble dépassé par ses émotions, sur la responsabilité de l'infirmier dans ces situations, et surtout sur la capacité de l'infirmier à modifier la perception du soin par le patient. Est-ce une qualité humaine innée ou le développement d'une communication thérapeutique acquise lors de la formation, et avec l'expérience professionnelle ? Enfin, je me suis demandé si le patient n'avait pas été rassuré par l'âge de l'infirmière, par son expérience et ses connaissances précises. Et également par sa personnalité, sa manière d'être, son attitude rassurante, et non seulement grâce à l'application de techniques de communication thérapeutique. Est-ce que le soin se serait passé de la même manière avec une autre infirmière, du même âge, avec la même expérience ? Probablement pas car chaque relation est unique. J'ai donc compris que je ne pourrai pas être « comme Claire » lorsque je serai infirmière, mais que je serai simplement moi, construisant une relation d'aide avec chaque patient, tout en gardant comme souvenirs tous ces soignants qui m'ont marquée et apporté quelque chose, tous aussi différents les uns des autres.

Situation d'appel n°2 :

La seconde infirmière, pour cette deuxième situation d'appel, aura comme nom d'emprunt celui de Sophie.

Après Claire, j'ai rencontré Sophie, infirmière en addictologie, qui a également été ma tutrice de stage. Sophie est naturellement bienveillante et souriante, elle contribue, pour moi, à la joie de vivre de l'équipe. Avec des patients, elle est patiente, à l'écoute, elle ne porte jamais de jugement sur les difficultés vécues qui peuvent lui être confiés. Cette infirmière m'a marquée car, elle est incroyable lorsqu'il s'agit d'évoquer des sujets sensibles, pouvant mettre mal à l'aise un patient. Au cours des entretiens, auxquels j'ai pu participer, elle questionnait le patient tout en étant respectueuse, compréhensive et en le laissant exprimer ce qu'il souhaitait. Elle posait les bonnes questions, au bon moment, et elle apportait des réponses rassurantes et motivantes pour le patient. Souvent, les patients se confiaient à elle, et chaque fois, elle savait leur redonner le sourire, avant de quitter la chambre. Je me souviens d'une jeune patiente, de 16 ans, souffrant de troubles du comportement alimentaire. Elle était très renfermée sur elle-même et ne présentait aucune émotion à part la tristesse. Ce fut alors pour Sophie une mission d'essayer de faire sourire cette adolescente. À chaque passage dans sa chambre, elle apportait toute sa joie de vivre à la patiente, et réussissait toujours à lui soutirer un joli sourire. Elle avait l'impression de ne pas faire grand-chose, et souvent, lors de nos échanges, elle parlait d'elle, elle voulait l'aider, mais se sentait impuissante. Elle fut un magnifique exemple pour moi, et j'espère que, grâce à ce travail de recherche et à mes futures expériences,

j'arriverai davantage à oser parler de sujets sensibles avec les patients, tout comme Sophie savait le faire.

Les questionnements liés à cette situation d'appel :

Après réflexion, n'a-t-elle pas fait tout ce qui était en son pouvoir ? Échanger avec elle, essayer de la faire sourire, être à l'écoute de ses besoins. Et en même temps, comment ne pas se sentir impuissant face à la détresse de cette adolescente ? N'a-t-elle pas pensé à ses propres enfants ? Je trouve que l'hospitalisation d'un enfant ou d'un jeune adulte est toujours très triste, la détresse des parents est, pour ma part, difficile à gérer, et Sophie a su, tout au long de l'hospitalisation de cette adolescente, être empathique avec elle et ses parents. Est-ce sa personnalité ou ses expériences professionnelles ainsi que sa formation en addictologie qui lui permettent d'échanger facilement avec les patients ? A-t-elle développé des techniques de communication avec l'expérience, avec sa formation en addictologie ? Une confiance acquise grâce à ses capacités relationnelles et ses compétences dans son domaine ? De quelle manière peut-on réutiliser les techniques de communication de Sophie, pour se sentir plus à l'aise lorsque l'on évoque des sujets sensibles avec les patients ?

2. La question de départ.

J'aimerais, grâce à cette question de départ, pouvoir tirer de nombreux apprentissages, qui me seront utiles dans ma pratique professionnelle. Tout d'abord, dans cette question de départ, je me demande ce que ressent un patient lors d'un soin, quelles sont les émotions qui le traversent ? Je souhaiterais donc mieux comprendre ce qu'est le concept d'émotion pour apprendre, par la suite, à mieux gérer des situations émotionnelles difficiles. De plus, dans cette question de départ, j'évoque l'expérience du soignant. Pour moi, elle représente une place importante, puisque je me suis rendu compte, durant ma formation et particulièrement mes stages, que je me retrouvais souvent démunie face à un patient, lorsque sa détresse émotionnelle était trop importante. Dans ces moments, je me tournais alors vers l'infirmière afin qu'elle puisse, grâce à son expérience, mettre en place une communication thérapeutique, capable de répondre aux questions du patient et le rassurer. C'est pourquoi j'aborderai dans mon cadre théorique, l'expérience professionnelle. Je serais ainsi plus en mesure de comprendre pourquoi je pouvais me retrouver en difficultés lors de mes premières prises de postes face à une situation relationnelle complexe. Enfin, ce travail de recherche et cette question de départ vont me permettre d'acquérir des connaissances plus précises sur la communication thérapeutique. Grâce à des techniques et des attitudes précises, elle contribue à modifier la perception d'un soin par le patient, en s'associant à l'expérience du soignant. Ceci ne fera qu'accroître mes capacités relationnelles, que j'aimerais perfectionner plus tard, grâce à un diplôme universitaire

en communication thérapeutique et hypnose. Ma question de départ est donc le fruit de mes situations de départ, de mes expériences en stage, et des questionnements qui en ont découlés. Je suis alors arrivée à la question suivante : *dans quelle mesure, l'expérience d'un soignant peut-elle modifier la perception du soin par le patient ?*

Cadre conceptuel

1. Qu'est-ce qu'une émotion?

1.1. Généralités sur les émotions

D'après Goiset L. (2021), dans son mémoire de fin d'études en soins infirmiers, l'émotion "vient du latin emovere qui veut dire "ôter d'un lieu, déplacer, remuer, ébranler" au sens propre, "émouvoir" au sens figuré."(p.6). On comprend ensuite que l'émotion place l'individu en mouvement, puisque émouvoir, signifie "mouvoir hors de", c'est-à-dire, conduire l'individu d'un état de tranquillité à un état d'agitation. Selon Lelors.F & André.C, tous les deux psychiatres et psychothérapeutes, "l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologique (notre corps), cognitive (notre esprit) et comportementale (nos actions)". Les émotions surviennent dans la vie de tout être humain, de manière quotidienne, sans que nous puissions, par avance, déterminer la réaction de notre organisme. Goiset L. (2021) explique que l'émotion apparaît comme une sensation, un ressenti inattendu face à un "stimulus sensoriel provenant de l'environnement" (p.6), elle n'est donc pas toujours consciente. Elle peut se traduire de manière différente en fonction de la situation vécue. Néanmoins, d'après Célestin-Lhopiteau.I & Wanquet-Thibault.P (2018), respectivement psychologue et cadre de santé supérieur, les émotions dépassent toutes les origines et les cultures, elles sont universelles. Puisque chacun de nous ressent des émotions, chacune d'elles est ressentie physiologiquement de la même manière par nous tous, c'est seulement la manière d'exprimer cette émotion qui peut varier. L'émotion permet d'exprimer des ressentis, de préparer le corps à réagir en provoquant des sentiments et sensations physiques pour s'adapter à l'autre et/ou à son environnement. Ces réactions peuvent être physiques, avec des mouvements ou des expressions du visage, par exemple lorsque la colère ou la peur surviennent. Elles peuvent être internes, par exemple, si l'on garde les mêmes émotions (la peur et la colère), une augmentation de la fréquence cardiaque sera constatée. Les répercussions internes des émotions sont également retrouvées au niveau des poumons et dans la production d'hormones. Pour cela, intéressons-nous davantage au

mécanisme physiologique des émotions, que se passe-t-il réellement dans notre corps, lorsqu'une émotion surgit ? Goiset.L (2021), dans son mémoire de fin d'études, explique qu'avant même que nous nous en rendions compte, une émotion naît au sein du cortex dans le système limbique, et est captée par le thalamus, où transitent toutes les informations sensorielles. Le thalamus renvoie l'information captée par les sens, au cortex frontal, ce qui active les mécanismes exercés par le système limbique. Le système limbique regroupe principalement l'hippocampe, l'hypothalamus et les amygdales, ils ont un rôle crucial dans le mécanisme physiologique des émotions. Pour mieux comprendre, le *Larousse* définit ce qu'est le système limbique : "ensemble de structures cérébrales situées dans la région médiane et profonde du cerveau, jouant un rôle majeur dans la mémoire et les émotions, de même que dans l'élaboration des comportements".

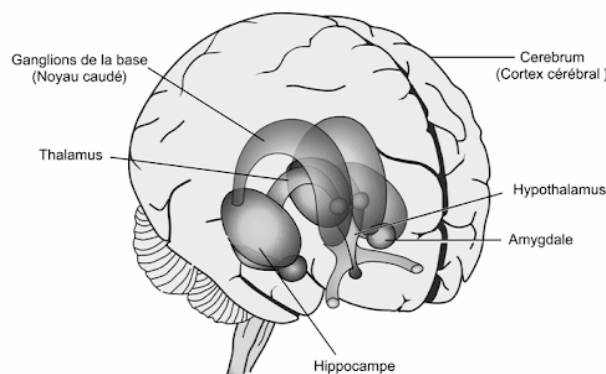


Figure 1 : Structure interne du cerveau humain avec le système limbique
(Boccon-Gibod, H., 2016)

Cette définition nous apprend que le système limbique est indissociable des émotions. Par différentes réactions, et processus, ce système explique les réactions physiques et psychologiques qui se produisent. En effet, d'après BrainBus (2010), laboratoire américain, le système limbique réagit instantanément et de manière non consciente, à ce que nous ressentons, percevons, ou pensons, ce qui lui permet d'envoyer très rapidement l'information au tronc cérébral, responsable des réactions diverses de notre corps. Reprenons les structures évoquées au-dessus, l'amygdale, noyau en forme d'amande, joue un rôle important dans la reconnaissance des émotions puisqu'elle a pour fonction la mémoire émotionnelle. L'amygdale va donc influencer le système endocrinien en fonction des états émotionnels de l'individu. Cette mémoire émotionnelle va favoriser une gestion des émotions, notamment la peur et l'anxiété. Elle offre, enfin, une possibilité de percevoir et de ressentir certaines émotions chez un individu, c'est l'empathie. Après cela, l'hypothalamus, structure dite "para-limbique", est une partie du cerveau, située sous le thalamus, qui joue un rôle dans le système limbique mais qui n'en fait pas réellement partie. En effet, son rôle premier est la régulation des

fonctions vitales mais elle intervient également dans la régulation des réactions émotionnelles. L'hypothalamus va décider des sécrétions hormonales, grâce au contrôle qu'elle exerce sur l'hypophyse. En fonction de l'émotion vécue, si elle est plutôt désagréable, des hormones telles que l'adrénaline, l'endorphine, le cortisol ou l'ocytocine peuvent être sécrétées. Dans la revue *Ca m'intéresse, la curiosité en continu*, Van Ingen.F (2017), journaliste, explique l'utilité de ces hormones. D'après ses propos, l'adrénaline est l'hormone du stress, elle est utile à l'organisme pour réagir, prendre une décision ou fuir. Elle permet au corps de se préparer, en augmentant la fréquence cardiaque, la tension artérielle, par une vasoconstriction, et elle réduit le transit intestinal pour économiser de l'énergie. L'endorphine, elle, est une hormone antalgique naturelle, dite neuropeptide opioïde endogène, en réponse à un traumatisme ou à une blessure. Elle fait disparaître ou du moins réduit, de manière immédiate, la douleur grâce à l'inhibition de la transmission de la douleur aux récepteurs du cerveau. Le cortisol, lui, est comme l'adrénaline, sécrété en période de stress, mais il permet justement, de réduire les réactions inflammatoires induites par l'adrénaline et de ce fait détend le corps. Enfin, l'ocytocine est une hormone qui inhibe la douleur ou la peur, elle a une action anxiolytique et peut également être sécrétée lors d'une situation agréable. D'ailleurs, une dernière hormone est sécrétée par l'hypophyse mais celle-ci ne survient que lorsque l'émotion ressentie est agréable, c'est la dopamine. C'est l'hormone de la joie, elle génère de l'excitation et de l'énergie pour manifester cette émotion. La dernière structure limbique que nous n'avons pas évoquée est l'hippocampe. D'après les propos de Brainbus (2010), il intervient dans le cadre des émotions ainsi que dans la construction de la mémoire et sélectionne les informations à enregistrer comme souvenirs, dans la mémoire à long terme. Nos souvenirs sont toujours accompagnés d'émotions, plus ou moins agréables, qui elles aussi sont mémorisées. Si une situation semblable doit se reproduire, notre mémoire nous rappellera en premier lieu les émotions ressenties la fois précédente. Nous comprenons donc mieux, à présent, pourquoi les émotions prennent une place aussi importante dans notre quotidien, nous sommes obligés d'y faire face, qu'elles soient agréables ou désagréables. C'est pourquoi elles doivent naturellement être prises en considération par le soignant face à un patient en détresse émotionnelle, c'est ce que nous aborderons dans cette seconde sous-partie.

1.2. Les émotions ressenties lors des soins infirmiers

Goiset.L (2021), explique que lorsque l'on parle d'émotions lors d'un soin, on se trouve pleinement dans un contexte, un environnement, propice aux émotions fortes, puisque l'on parle d'humains. En effet, lorsqu'un patient s'apprête à recevoir une annonce difficile sur son état de santé, un soin quel qu'il soit, il se prépare à être touché, à la douleur, à ressentir du stress. Il ne peut donc difficilement y avoir un soin sans que des émotions s'en dégagent. De plus, en fonction de la nature

du soin, le patient ressent de l'inquiétude vis-à-vis de son état de santé, il ne comprend pas toujours ce qui se passe et peut rapidement se sentir démuné. Ces situations procurent aux patients des émotions désagréables, que l'infirmier se doit d'apaiser afin de tendre vers des émotions plus agréables. Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault (2018) expliquent qu'accompagner le patient face à ses émotions est un rôle essentiel de l'infirmier. De ce fait, il doit comprendre qu'une émotion peut en entraîner une autre, elles interviennent entre elles de manière multidimensionnelle. L'exemple de la douleur permet de mieux comprendre ce phénomène. En effet, lors d'un soin, la douleur peut être accentuée par la peur du soin, d'avoir mal, des conséquences ou simplement à cause d'une mauvaise information auprès du patient. De plus, la peur va être plus ou moins accentuée en fonction des expériences de la personne, de sa mémoire émotionnelle. Si elle ne connaît pas le soin, elle aura peur de l'inconnu. À l'inverse, si elle l'a déjà vécu auparavant, le souvenir émotionnel qu'elle en aura gardé lui procurera les mêmes ressentis, au moment de réaliser à nouveau le soin. Ce sera alors à l'infirmier d'écouter et de comprendre les émotions du patient pour l'accompagner dans la gestion de celles-ci. La notion d'intelligence émotionnelle explique cela, c'est ce que nous aborderons dans la prochaine sous-partie.

1.3. L'intelligence émotionnelle pour une meilleure gestion des émotions

Si l'on parle de la notion d'intelligence émotionnelle dans la gestion des émotions, elle s'élargit à bien d'autres dimensions. Daniel Goleman, psychologue américain, a diffusé cette notion, notamment dans son livre *L'intelligence émotionnelle* (1995). Dans ce livre, les recherches effectuées par différents chercheurs, nous expliquent que l'intelligence émotionnelle repose sur quatre dimensions, définissant un "quotient émotionnel". Ces quatre dimensions sont développées par Célestin-Lhopiteau.I & Wanquet-Thibault.P (2018) dans leur livre *Hypnose et pratique paramédicale*. La première dimension concerne l'identification de son état émotionnel et celui des autres. Les auteurs de ce livre nous expliquent que, identifier une émotion repose sur une première étape indispensable, l'observation. Par cette étape, elles entendent la capacité à identifier les émotions d'autrui (interpersonnel) ainsi que ses propres émotions (intrapersonnel). Pour développer son intelligence émotionnelle, le soignant doit se poser des questions sur ce qu'il ressent, notamment face aux émotions vécues par le patient, comme sa peur, sa tristesse, sa colère ou encore sa joie. Pour revenir à l'observation, les auteurs abordent la règle des trois O du psychiatre M-H Erickson : "Observez - Observez - Observez". Dans le cadre de son diplôme universitaire en hypnose, Guillou-Le Gouguec.L (2015), infirmière, évoque également cette règle en disant qu'elle est "simple à mémoriser mais plus subtile à maîtriser. Il faut apprendre à observer le patient, le langage verbal, paraverbal et le langage non verbal." (p.32). La seconde dimension, présentée par

Célestin-Lhopiteau.I & Wanquet-Thibault.P (2018), est la compréhension du déroulement naturel des émotions. Si le soignant comprend le mécanisme physiologique à l'origine des émotions, ainsi que les manifestations physiques et psychologiques qui leur sont liées, alors, il comprendra davantage ses propres émotions, celles qu'il ressent mais aussi, celles des autres. Dans la troisième dimension, le soignant analyse ses propres émotions ainsi que celles des autres, par le biais du système cognitif. Il associe ce qu'il a observé (manifestations) à ce qu'il a compris de ces émotions. C'est pourquoi, l'analyse des émotions ne sera possible que si les deux premières dimensions ont été correctement explorées. Enfin, la quatrième dimension concerne la gestion de ses émotions et celles des autres. En effet, si le soignant lui-même n'est pas en capacité d'identifier, de comprendre et d'analyser les émotions, il se retrouvera probablement en difficulté face à la détresse émotionnelle d'un patient. Le soignant peut également être submergé par ses propres émotions lors d'une situation émotionnelle compliquée, où il ne sera pas en mesure de les maîtriser. De ce fait, nous nous rendons compte que l'intelligence émotionnelle a un rôle crucial. Elle permet au soignant d'apprendre au patient et à lui-même à ne pas laisser les émotions diriger notre existence, notamment en les accueillant mais en ne les laissant pas nous entretenir. Accueillir ses émotions signifie qu'elles ne doivent pas être considérées négativement, Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault (2018) disent que "Elles ne sont d'ailleurs ni bonnes ni mauvaises. Il est plus juste de les décrire comme agréables ou désagréables...et d'apprendre au patient à en faire autant.". Pour le soignant, accueillir les émotions du patient consistera tout d'abord à ne pas juger les émotions qui apparaissent durant un soin ou un entretien thérapeutique. Comme évoqué précédemment, les émotions sont vécues quotidiennement par chacun de nous, elles sont normales et doivent donc être accueillies, par contre, le soignant doit veiller à ce qu'elles ne soient pas entretenues, c'est-à-dire qu'elles persistent dans le temps. En appliquant le non-jugement et l'accueil des émotions, on permet au patient de se sentir rassuré, accueilli. Dans le livre, les auteurs donnent l'exemple suivant, comme réponse d'un soignant à un soigné : "Ne vous excusez pas de pleurer, s'il y a bien un moment ou un lieu pour lâcher les pleurs, c'est ici, c'est normal.". Cet exemple soulève la notion de recadrage des émotions, c'est-à-dire apprendre au patient que ses émotions sont naturelles, normales pour ne pas qu'il ait peur de les accueillir. En quelque sorte, il s'agit d'appivoiser ses émotions, et cela vaut autant pour le soigné que pour le soignant.

2. La place de la communication thérapeutique dans la relation soignant-soigné.

2.1. La communication verbale, non-verbale et para-verbale

À nouveau, Célestin-Lhopiteau & Wanquet-Thibault (2018) nous donnent un éclairage, ici, sur le sens du mot communication. Selon leurs propos, “il est apparu dans la langue française au XIV^{ème} siècle et vient du latin *communicare*, qui signifie “mettre en commun”, “entrer en relation” (p.15). D’après le dictionnaire historique de la langue française (1998), on comprend que la communication est, depuis de nombreux siècles, un mode de communication privilégié pour bien vivre ensemble. La communication est un outil permettant, à un émetteur, de faire passer un message par un canal de transmission. Ce canal peut être, par exemple, la parole, le toucher, il peut être écrit sur papier ou envoyé par téléphone. Si le récepteur reçoit et répond au message, il devient alors également émetteur, c’est ce qu’on appelle un feedback, qui a lieu entre les deux interlocuteurs. De ce fait, on distingue trois types de communication : la communication verbale, non-verbale et para-verbale. Dans le milieu du soin, la communication est omniprésente, au cœur de la relation soignant-soigné. Dans la revue *L’aide-soignante*, Terrat.E (2013), aide-soignante puis directrice des soins, décrit la communication non-verbale comme le langage du corps traduisant “toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d’attitudes corporelles et faciales”. Elle dit également que si la communication non-verbale peut favoriser la compréhension verbale, elle peut aussi, au contraire, contredire le message transmis. La communication non-verbale est présente dans toutes situations relationnelles, c’est pourquoi le soignant doit autant veiller à ses propres attitudes non-verbales qu’à celles du patient. Dans l’ouvrage *Communication soignant-Soigné* (2003), on apprend que la communication non-verbale se compose des éléments suivants : la distance physique, aussi appelée la proxémie, l’expression faciale avec par exemple, un froncement des sourcils ou un clignement des paupières. On retrouve aussi le contact des yeux, déterminant la poursuite de l’échange, il peut être fuyant, directif ou menaçant. *Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2015) dit que “Le regard confirme la marque d’intérêt que l’on accorde à l’autre” (p.92). Les autres éléments de la communication non-verbale sont le contact physique, la posture (debout, assis), les gestes, l’apparence, le silence ainsi que les odeurs. Le contact physique, ou le toucher, est une manière de recevoir et de transmettre une information. On distingue le toucher instrumental (lors d’un soin), le toucher thérapeutique (permettant d’aider, de guérir) et le toucher affectif. Plusieurs auteurs ont développé cette notion de toucher affectif, dont Howard (1988), où il explique que le toucher favorise l’estime de soi. Barnett (1972), évoque lui aussi l’importance du toucher affectif dans la gestion de nombreuses situations, comme la peur de la mort, l’anxiété, l’altération de l’image

corporelle, le sentiment d'isolement ou encore la dépendance. Dans le livre *Communication soignant-soigné* (2015), "l'art de soigner commence par l'art du toucher", ils citent également "Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme, c'est la peau" (Valéry.P, écrivain et philosophe).

Si la communication non-verbale occupe une grande place dans la communication thérapeutique avec le patient, la communication verbale est elle aussi indispensable. Elle permet au soignant de montrer qu'il a compris le message communiqué par le patient et qu'il porte un regard attentif sur ce dernier. Plusieurs outils sont possibles lorsque l'on utilise la communication verbale. Il existe par exemple la reformulation pour valider la compréhension du message, la synthèse des propos ou encore l'investigation, qui permet de recueillir des informations précises et encourage le patient à continuer de s'exprimer (*Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 2015, p.91-92). Au sein de la communication verbale, on retrouve également, comme évoqué précédemment, le feed-back. Il est défini par G.Paquette (1987), comme étant un "processus permettant le contrôle d'un système (mécanique, physiologique, social) en l'informant des résultats de son action", il est donc indispensable pour créer une alliance thérapeutique. Enfin, donner son avis et informer le patient sont également des outils de communication verbale, fréquemment utilisés dans le milieu du soin. En effet, le patient se réfère souvent aux connaissances expertes de l'équipe médicale et paramédicale pour obtenir des réponses adaptées à ses besoins. Enfin, la communication para-verbale, appartient au répertoire de la communication non-verbale. Hennel-Brzozowska (2008) dit que l'on comprend par communication para-verbale, les signes, "activités moins évidentes ou plus fugaces, comme les expressions faciales, les regards et les contacts visuels, les intonations vocales". (p.22)

2.2. La relation d'aide

Lorsque l'on parle de relation d'aide, il est nécessaire de mobiliser des notions, des valeurs, des attitudes soignantes, telles que l'empathie, la bienveillance, l'écoute ou le respect. En effet, selon le livre *Communication Soignant-Soigné* (2015), elle consiste à "écouter l'autre dans sa souffrance...l'aider à se sentir mieux, à se réinscrire dans une dynamique de vie parfois indépendamment de sa situation médicale" (p.23-24). Pour réussir à être dans cette relation d'aide, les auteurs affirment qu'il est indispensable que le soignant ait confiance en lui, en ce qu'il fait et également en l'autre et en l'humain. Pour eux, elle permet de "passer du statut d'ouvrier du soin à celui de professionnel de l'humain" (p.24). De plus, la relation d'aide passe évidemment par la communication, sous toutes ses formes (verbales et non-verbales), abordées précédemment.

À présent, abordons les attitudes à mettre en place pour favoriser la relation d'aide avec le soigné. Selon Hennel-Brzozowska.A, l'empathie est une "qualité relationnelle fortement utilisée en relation d'aide" (p.24). Elle consiste, pour le soignant, à essayer de ressentir ce que peut ressentir l'autre. La

notion d'empathie fait référence aux neurones miroirs, "qui nous permettraient d'éprouver de l'empathie, de deviner les intentions ou les sentiments d'autrui" (p.24). C'est donc cette empathie, cette qualité relationnelle innée, qui permet au soignant de ressentir les émotions éprouvées par le soigné, qu'elles soient agréables ou désagréables. Dans le livre Communication Soignant-Soigné (2015), il est expliqué que pour avoir une attitude empathique, le soignant doit mettre de côté, pour un temps, ce qu'il ressent. C'est un exercice qui peut se révéler difficile, et qui nécessite une confiance en soi suffisante car, comme tout être humain, le soignant peut lui aussi se sentir dépassé par ses émotions. Une attitude empathique passe également par l'écoute active. Le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015), explique que c'est une "compétence indispensable à la relation d'aide" (p.333), une intention bienveillante qui a pour but de ne pas interrompre la personne qui parle, en pratiquant un "silence intérieur" (p.333) avec une attitude signe de notre attention. Dans le livre Communication Soignant-Soigné (2015), les auteurs écrivent "L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle,... percevoir, au-delà des sons, son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse".

Pour conclure, je souhaiterais évoquer la bienveillance, qui est une valeur soignante au cœur de la relation d'aide, reprenant chacune des attitudes évoquées. Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015), la bienveillance nécessite une écoute active, une tolérance, une capacité de non-jugement et une communication verbale et non-verbale. Elle consiste à porter un réel intérêt pour la personne soignée, ce qui contribue à l'alliance thérapeutique, à une relation de confiance.

2.3. Focus sur l'hypnose

Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibault, P. (2018), dans leur livre, nous apprennent que, dans la mythologie grecque, l'hypnose vient du grec húpnos qui signifie sommeil. Hypnos était d'ailleurs le dieu du sommeil et le gardien de la nuit. On comprend alors que l'hypnose à trait au sommeil, et donc à l'apaisement, le repos et le soulagement des émotions désagréables. Aujourd'hui, de nombreuses techniques d'hypnose existent pour mieux s'endormir et favoriser un sommeil profond. Néanmoins, l'hypnose n'est pas utile qu'au sommeil. En effet, les auteurs expliquent qu'elle provoque des états naturels de conscience modifiés, où ce sont les ressources internes de la personne hypnotisée qui sont mobilisées. L'hypnose thérapeutique, présente à l'hôpital depuis vingt ans environ, est humaniste et vise à ce que la personne se soigne elle-même, en autonomie, et avec l'aide d'un hypnothérapeute ou d'une personne formée à l'hypnose, c'est l'auto-hypnose. Dans les années 1990, l'imagerie cérébrale a décrit la modification de l'état de conscience chez un patient hypnotisé. En effet, l'hypnose est caractérisée par l'activation de deux circuits neuronaux donnant lieu à un phénomène physiologique d'absorption de l'attention et de relaxation profonde. Elle a

montré son utilité dans les dimensions psychologiques et sociales de l'existence, c'est pourquoi elle est aujourd'hui utilisée par de nombreux professionnels de santé, formés à l'hypnose thérapeutique. Ceci permet une approche différente des soins, qui offre au patient une occasion de mobiliser ses ressources internes pour faire face à une situation de soin plus ou moins difficile. Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibault, P. (2018) démontrent dans leur livre les qualités de la communication hypnotique dans la relation soignant-soigné. Il existe notamment le *pacing*, une technique d'ajustement où le soignant "observe et imite de façon subtile...la façon de se comporter, la gestuelle, la façon de parler du patient, ainsi que sa façon de respirer" (p.17). Pour elles, le *pacing* est "une manière de rejoindre le patient" (p.17) Et, à nouveau, le concept d'intelligence émotionnelle prend toute sa place dans le cadre de l'hypnose thérapeutique, puisqu'il sera nécessaire d'utiliser la règle des trois O de M-H Erickson, et d'autres dimensions, évoquées précédemment. Néanmoins, réussir à entreprendre une communication hypnotique avec un patient nécessite de s'exercer. Mais, lorsque le professionnel obtient une formation et acquiert de l'expérience en communication hypnotique, il peut utiliser différentes formes d'hypnose, utilisées dans les soins et évoquées par Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibault, P. (2018). En effet, on peut utiliser l'hypnose pour modifier ou soulager une douleur, c'est l'hypnoalgésie, on peut aussi l'utiliser dans le cadre d'une anesthésie, c'est l'hypnosédation, "soit en remplacement total des produits..., soit en complément des produits anesthésiants...à dose minimale" (p.5). Il existe encore l'hypnothérapie dans un but psychothérapeutique et surtout l'auto-hypnose, qui a un bénéfice à long terme pour les patients, qui peuvent, par la suite, pratiquer seuls et n'importe quand les techniques apprises.

3. Le rôle de l'expérience dans la relation soignant-soigné

3.1. L'expérience acquise au cours de la formation infirmière.

Pour introduire cette partie, partons de la définition de l'expérience, issue du *Trésor de la langue Française* (1971) : l'expérience est "le fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde." On comprend alors que l'expérience est un atout permettant de mieux s'adapter aux changements et de réagir de manière adaptée aux nouvelles situations. Dans cette partie, nous nous intéresserons à la place de l'expérience professionnelle, celle acquise au cours des formations et l'expérience personnelle, au sein de la relation soignant-soigné. L'expérience acquise au cours des formations, au diplôme d'état d'infirmier, à la douleur, à la communication

thérapeutique etc..., contribue grandement au fondement de l'expérience professionnelle. Elle s'acquiert, dans un premier temps, au cours de la formation par des enseignements théoriques et pratiques. Les lieux de stage sont riches en apprentissage puisque l'étudiant est, normalement, dans toutes les conditions pour développer ses connaissances et ses compétences, et donc accroître son expérience professionnelle. Infirmière théoricienne, Benner.P (1984), dans son livre, se réfère à plusieurs reprises au modèle Dreyfus sur l'acquisition des compétences. Dans ce modèle, il est expliqué que l'étudiant passe par cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant, et expert. Dans cette sous-partie, nous nous intéresserons davantage aux stades novice et débutant que traversent l'étudiant infirmier et le jeune diplômé. Néanmoins, ces stades sont aussi rencontrés par l'infirmier lorsqu'il intègre un nouveau service par exemple. Pour Benner.P (1984), au stade de novice, l'étudiant infirmier sera en pleine découverte et apprentissage, ce qui le limite à un "comportement typique extrêmement limité et rigide" (p.23). Lors de situations relationnelles complexes, il aura davantage besoin d'être guidé. Au stade de débutant, l'étudiant infirmier ou le jeune diplômé est plus en mesure d'identifier les "aspects de la situation" (p.24), du fait de ses expériences antérieures. Hugonnet.E (2009), explique que les "schémas d'action et les règles commencent à être assimilés...Il n'a pas pris de recul sur ce qu'il a compris et ne peut donc pas tout faire" (p.2). C'est pourquoi, le stade de novice et de débutant nécessite une concentration majeure pour chaque acte réalisé, il n'est pas encore en capacité d'intégrer pleinement la relation soignant-soigné, malgré toute la bonne volonté. Pour conclure cette sous-partie, on peut s'intéresser à Favetta.V & Feuillebois-Martinez.B (2011), cadres de santé supérieur, qui évoquent la notion de prendre soin, de *caring*, de valeurs professionnelles inculquées par la formation infirmière. L'action de *caring* a pour signification "soigner dans une relation de sollicitude à l'autre". En effet, les instituts de formation ont à cœur de partager les valeurs soignantes telles que l'empathie, l'humanité, le respect, la congruence, etc..., ceci dans le but que les professionnels en devenir attachent une importance singulière aux soins relationnels.

3.2. L'expérience professionnelle

Selon Grasser et Rosé (2000) par Rodriguez-Lopez.L (2014), l'expérience professionnelle est un mode d'acquisition de compétences que le soignant va assimiler tout au long de sa carrière professionnelle. Selon le sociologue Zarifian.P (2001), dans le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015), la compétence est une "intelligence pratique des situations ou activités mentales mises en jeu dans l'action, qui s'appuie sur des connaissances ou savoirs formalisés" (p.94). De plus, les situations vécues donnent lieu à de nombreuses émotions, savoir-faire et à des processus cognitifs, qui enrichissent l'expérience professionnelle. Elle représente donc un parcours, par lequel est passé le soignant pour être capable de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Lorsque

le professionnel acquiert de l'expérience, deux postures différentes se développent, une posture professionnelle et une posture réflexive. Si la posture professionnelle s'enrichit avec l'expérience, elle concerne aussi l'affirmation de soi, importante pour pouvoir développer la relation avec le patient. Pour Phaneuf (2016), l'affirmation de soi est une "attitude intérieure qui consiste à croire que nous avons suffisamment de valeur personnelle pour nous permettre d'exprimer nos ressentis, nos convictions, nos idées, nos projets, nos besoins et, selon le cas, de faire connaître nos différences". (p.167). L'affirmation de soi fait aussi référence à la confiance en soi, que nous aborderons dans la dernière sous-partie. Nous pouvons donc à nouveau faire le lien avec le modèle Dreyfus d'acquisition des compétences, où le stade de compétent, performant et d'expert est acquis grâce à l'expérience, à son vécu professionnel. Enfin, un jugement clinique se développe au fil des expériences. Selon Benner.P, au stade d'expert, l'infirmier présente une "compréhension profonde de la situation globale" (p.32), ce qui lui permet d'accompagner au mieux la personne soignée sur le plan somatique et psychologique.

3.3. L'expérience personnelle

L'expérience personnelle fait référence au vécu personnel, aux épreuves traversées. Elle permet à chacun de développer sa personnalité, d'acquérir un savoir-être et une confiance en soi. Le savoir-être, d'après le dictionnaire français sur le site internet Linternaute (2021), est synonyme des qualités personnelles et est défini par "l'aptitude d'un individu à se comporter correctement dans une situation donnée, généralement dans ses rapports sociaux". C'est pourquoi cette notion de savoir-être prend tout son sens dans la relation soignant-soigné, où les valeurs et les qualités personnelles du soignant et du soigné sont mobilisées. Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2015), les valeurs sont liées au jugement personnel de chacun, puis nous les hiérarchisons en fonction de l'importance qu'on y attache. S.T. Fry (1994), associe le terme valeur à une "norme ou qualité désirée, considérée comme importante et à laquelle on attache un certain prix". (p.435). On comprend donc que chaque personne en fonction de son vécu personnel, de son savoir-être et de ses valeurs, verra les choses différemment qu'une autre, ce qui fait la richesse d'une équipe et l'authenticité de chaque professionnel. L'expérience personnelle, avec l'expérience professionnelle, va majorer, au fil du temps, la confiance en soi, qui permet de se sentir légitime à entrer pleinement en relation avec le soigné. Isabelle Filliozat (2017), dans son livre *La confiance en soi*, l'a défini par "avant tout se connaître... croire en son potentiel et en ses capacités". Moliner et Ivan-Rey (2008), dans leur livre, explique la notion d'estime de soi, à différencier de la confiance en soi. Pour eux, l'estime de soi, est "la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même par rapport à ses capacités personnelles et à l'opinion que les autres lui renvoient sur elle". (p.167) Toutes deux, lorsqu'elles sont

acquises, permettent au soignant de mobiliser toutes ses ressources personnelles pour accompagner au mieux la personne soignée. Elles aboutissent à la révélation de soi, une notion développée par Thireau.L, lorsqu'elle cite le psychologue Jourard.S. Elle reformule ses propos en disant que, pour lui, "la révélation de soi est une condition essentielle au changement de la personnalité". Jourard.S conçoit la révélation de soi comme "l'expression de l'être authentique". Thireau.L conclut son résumé en disant qu'elle "permet de s'ouvrir davantage à son expérience".

Pour conclure sur l'expérience personnelle, abordons l'authenticité. Pour Beck.P, l'authenticité se travaille telle une discipline, elle nécessite "de la conviction, du courage, de l'engagement personnel et de la persévérance" (p.33), elle est unique et différente pour chaque soignant. Beck.P dit que "Dans le soin, l'authenticité s'exprime par l'écoute « inconditionnelle », par un regard « sans jugement »..., et surtout par le « toucher », cette capacité de recevoir l'autre « à bras le corps »" (p.32).

Le dispositif méthodologique du recueil de données

1. Objectifs du guide d'entretien

Le guide d'entretien est un entretien semi-directif, une approche qualitative, avec des questions ouvertes et de possibles relances. L'objectif du guide d'entretien est de déterminer, par quels moyens les infirmières rencontrées arrivent-elles à modifier la perception des émotions du patient.

Le guide d'entretien, dans un premier temps, s'intéresse au parcours professionnel de l'infirmière, afin d'apprendre à la connaître professionnellement. Ensuite, le guide d'entretien explore les grandes thématiques abordées dans le cadre théorique, que sont les émotions, la communication thérapeutique et l'expérience. Les techniques d'hypnose et la notion de relation de confiance seront elles aussi évoquées. Enfin, le dernier objectif du guide d'entretien est de laisser la parole à l'infirmière afin qu'elle puisse s'exprimer sur le sujet.

2. Population interviewée

Les deux infirmières rencontrées me sont inconnues. Pour parler d'elles, j'utiliserai des noms d'emprunt, la première infirmière se nommant Elodie et la seconde Camille. Au préalable, j'ai pour information qu'elles travaillent dans le même service et je suis également informée des diplômes et formations qu'elles possèdent.

La chirurgie vasculaire est un service où les infirmières sont régulièrement confrontées à des situations complexes, à de la détresse sociale et à la mort. Elles sont donc souvent confrontées aux émotions. De plus, les patients peuvent avoir des pansements douloureux, anxiogènes, ils peuvent être amenés à entendre des choses difficiles comme l'annonce d'une maladie, d'une fin de vie ou d'un problème d'addiction. Une multitude de situations difficiles à vivre pour toute personne.

Le but est alors de savoir quelles techniques de communication thérapeutique mettent-elles en place, l'importance qu'elles attachent à la relation d'aide, à l'empathie. La première infirmière est diplômée depuis 1993, elle a un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur, une formation à la communication thérapeutique et un diplôme universitaire d'hypnose thérapeutique. La seconde infirmière rencontrée est diplômée depuis 2016.

3. Organisation pour la réalisation des entretiens

La durée de chaque entretien ne dépassera pas trente minutes, afin de respecter le temps personnel du professionnel. Le guide d'entretien réalisé, en amont, est validé par le guidant de mémoire. La demande d'entretien est faite auprès du guidant de mémoire qui informe l'institut de formation de ma demande. Une prise de contact est effectuée auprès de la cadre du service de chirurgie vasculaire, qui me transmet de quoi contacter les infirmières souhaitant participer à mon travail de fin d'études. Je prends contact ensuite avec les infirmières, en me présentant puis en annonçant mon sujet et ma question de départ. De plus, je m'informe de leurs disponibilités. Une date est rapidement convenue, avec le lieu et la durée de l'entretien. Les infirmières sont informées de l'anonymat de leurs réponses et de l'utilisation d'un prénom d'emprunt. L'enregistrement de l'entretien n'est possible qu'avec le consentement des professionnelles, recueillis au début de l'entretien. Le premier entretien, avec Elodie, comme le second, avec Camille ont été réalisés sur leur lieu de travail. Pour Elodie, durant son temps de travail, et pour Camille, à la fin de sa journée.

4. Bilan du dispositif

Les deux entretiens ont été très riches avec des réponses variées et complètes. En effet, ils étaient complémentaires, entre une infirmière expérimentée de six ans et une infirmière avec une expérience supérieure à 20 ans, et un parcours riche en formation. Au terme des entretiens, j'ai obtenu l'ensemble des réponses dont j'avais besoin pour répondre à mes objectifs. Chaque infirmière a répondu plus précisément à une question qu'une autre, ce qui m'a permis d'enrichir mes analyses.

L'analyse descriptive des entretiens

1. Le parcours professionnel des infirmières

L'objectif premier de mes entretiens était d'apprendre à connaître les infirmières à travers leur parcours professionnel. Commençons par Élodie, elle est infirmière depuis 1993 et a commencé sa carrière dans une clinique durant 5 ans, où une multitude de spécialités étaient présentes dans le même service. Elle confie que ce fut très formateur. Ensuite, elle réalise des remplacements sur le CHU de Rennes, puis au bout de deux ans, elle arrive en remplacement dans le service de chirurgie vasculaire, où elle travaille aujourd'hui depuis 22 ans.

En 2013, souhaitant aller plus loin dans la relation et dans la prise en soin de ses patients, elle réalise un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur, puis entre dans le réseau douleur de l'hôpital et devient référente douleur du pôle cardiovasculaire.

En 2014, Élodie réalise une formation à la communication thérapeutique de trois jours, très révélatrice pour elle, qui l'a conduit à intégrer l'équipe de formateurs en communication thérapeutique et à mener des ateliers de communication thérapeutique. Élodie étant très intéressée par l'hypnose et l'utilisant parfois dans des situations de soins, elle réalise un diplôme universitaire en hypnose thérapeutique pour légitimer ses pratiques.

Actuellement, elle travaille également en consultation, est tutrice des étudiants et s'est lancée dans une recherche paramédicale, elle aime faire "plein de choses".

Quant à Camille, elle est infirmière depuis 2016. Elle a d'abord commencé à travailler pendant trois ans, dans un service de soins intensifs neurologiques ainsi qu'en service de neurologie conventionnelle. Ensuite, elle a réalisé une petite année en réanimation chirurgicale puis a commencé des remplacements sur le CHU avant d'obtenir sa mutation pour un poste en chirurgie vasculaire, où elle travaille depuis deux ans. Camille a donc un parcours et des connaissances très variées.

2. La place des émotions dans la relation soignant-soigné

Les émotions occupent une place prédominante dans mon sujet, c'est pourquoi mes objectifs étaient multiples lors de la rencontre avec Camille et Élodie. Dans un premier temps, je souhaitais avoir le ressenti des infirmières vis-à-vis des émotions qu'elles rencontrent en général, et notamment la détresse émotionnelle des patients. Savoir ce qu'elles pouvaient mettre en place pour comprendre et modifier la perception des émotions du patient. De plus, l'objectif était de discuter avec elles de l'importance de la relation soignant-soigné, et plus précisément de la relation de confiance dans la gestion des émotions du patient. Enfin, mon dernier objectif était d'aborder la gestion des émotions du patient lors des premières prises de postes des infirmières.

Quand les deux infirmières étaient jeunes diplômées, elles se sont parfois senties démunies face aux émotions des patients, à ne pas toujours trouver les mots. Mais Élodie explique que le plus important est d'être présent, sans dire que tout va bien aller, mais avoir de l'empathie et de la bienveillance. Elle dit le faire depuis toujours mais seulement aujourd'hui elle le fait différemment. Élodie poursuit en disant que lorsque son patient ressent des émotions désagréables, elle le perçoit directement, elle sent que "quelque chose se passe", le patient est triste, a le regard figé et les épaules basses, par exemple. Elle emploie les notions de trans-négative et de trans-d'alerte qui définissent un état où le patient ne se sent pas confortable du tout. Les deux infirmières sont très attachées à la relation soignant-soigné, elle tente chaque jour de créer une alliance thérapeutique avec les patients. En effet, elles ont à cœur de prendre du temps pour eux, pour les écouter et les rassurer. Camille explique qu'elle fait très attention à ses attitudes non-verbales afin de ne pas montrer au patient qu'elle n'a pas le temps de rester avec lui, par exemple. Elle préfère utiliser l'honnêteté, en disant qu'elle n'est pas disponible tout de suite, mais qu'elle passera dans cinq minutes pour prendre le temps avec le patient. Élodie explique qu'il se passe "vraiment quelque chose" avec ses patients car en s'intéressant à eux, en entrant en communication avec eux, elle gagne leur confiance et ils adhèrent plus facilement aux soins. Elle dit, je cite "Ils arrivent avec le sourire aux consultations alors qu'on va utiliser le scalpel et la curette", ce qui montre la force de la relation soignant-soigné et la relation de confiance dans la gestion des émotions. Pour autant, Camille pense qu'il reste compliqué dans le long terme de modifier la perception des émotions d'un patient, car selon ses propos, même si le temps d'un moment, nous arrivons à apaiser ses angoisses, par exemple, elles reviendront. Elle explique que, lorsque nous refermons la porte, le patient est seul, et nous passons généralement très peu de temps dans la chambre avec parfois, la charge de travail, ce qui est dommage. Elle conclut en disant que nous pouvons "au mieux les accompagner dans cette période compliquée", les soutenir et leur tendre la main. Élodie parle de ramener le patient à la réalité lorsqu'il ressent des émotions

désagréables car, dans l'état où il se trouve, tous ses sens explosent et majorent sa peur et son anxiété. Elle explique que tout ce qu'il va voir, entendre, ressentir, sentir va être amplifié ou ramené à un ancien souvenir qui n'est pas agréable. Camille utilise très souvent l'humour, qui fonctionne bien avec certains patients. Elle raconte le pansement très douloureux d'une patiente, où l'humour lui permettait de détourner la douleur en pensant à autre chose. Par ailleurs, elle exprime que parfois ce n'est pas opportun et que cela reste "dur de voir un patient souffrir parce qu'on lui fait mal". Enfin, les deux infirmières expriment toutes les deux les liens qu'elles créent avec les patients. Élodie explique qu'elles sont amenées à voir leurs patients sur de longues années, qui parfois décèdent dans le service. Toutes les deux racontent un souvenir où un de leurs patients est décédé, où leurs émotions se sont extériorisées, et où elles ont pris dans leurs bras, la famille du patient, tout en étant professionnelle, respectueuse mais surtout en restant humaine. Pour Élodie, ceci lui permet d'aller plus loin dans la relation et que les patients adhèrent plus facilement aux soins, elle ne changera donc "jamais sa façon de faire". Camille, elle aussi ne changera pas sa façon de faire, elle s'est toujours dit que le jour où elle serait incapable de recevoir les émotions d'un patient, il faudra qu'elle arrête ce travail. Elle conclut en disant "On est présent à un instant T de leur vie, un moment charnière et si tu n'acceptes pas les émotions des autres, ça me paraît compliqué".

3. Le rôle de la communication thérapeutique dans la gestion des émotions du patient.

L'objectif de mes questions était d'aborder la communication thérapeutique et notamment les techniques de communication et de relation que les infirmières mettent en place lorsqu'elles font face aux émotions du patient. Enfin, sachant qu'Élodie avait un diplôme universitaire en hypnose thérapeutique, je voulais qu'elle évoque quelques outils hypnotiques qu'elle peut utiliser et les bénéfiques dans la gestion des émotions de ses patients.

Après avoir écouté les propos des infirmières, les années d'expériences qui séparent Élodie de Camille, ne jouent pas un rôle dans l'utilisation de la communication thérapeutique. Toutes les deux l'utilisent au quotidien de manière à accompagner au mieux leurs patients. Tout de suite, elles parlent des différents types de communication, et notamment la communication non-verbale qui joue, pour elles, un rôle crucial dans la relation soignant-soigné. Ensuite, Camille explique comment elle procède, en disant qu'elle commence toujours par se mettre à la hauteur du patient, tout comme Élodie, en s'asseyant sur le lit ou une sur une chaise, si le patient a besoin de plus de distance. Camille et Élodie expliquent que se mettre à la même hauteur que le patient permet d'entrer en communication et d'inciter le patient à se confier. Camille adapte donc sa proxémie, sa communication au patient. D'ailleurs le maître mot qu'elle emploie est de "s'adapter" car, pour elle,

tout va dépendre de la personne face à qui nous sommes. Pour illustrer son propos, elle parle de l'humour qu'elle utilise naturellement très souvent avec ses patients. Pour autant, elle reste consciente que toute personne n'est pas réceptive à cela c'est pourquoi elle juge en fonction de la situation la nécessité de l'utiliser. Pour Élodie, la communication thérapeutique est un sujet qu'elle affectionne particulièrement, de par sa formation. Elle explique que c'est un "apprentissage", avec plusieurs outils de communication. Elle aborde la posture, la distance et la modification de ses habitudes de langage, qui peuvent être anxiogènes pour le patient. Pour Élodie, l'objectif est d'apporter du confort rien qu'avec ses mots. Lorsqu'un patient ressent des émotions désagréables, Elodie commence par valider son inconfort, sa douleur, se mettre à sa hauteur puis elle cherche à entrer en communication avec son patient pour le ramener à la réalité, car lorsque les émotions sont fortes tous les sens explosent et majorent les émotions du patient. De plus, elle valorise le patient, le félicite, tout comme Camille, qui adopte une attitude empathique et reformule les propos du patient pour être sûr de répondre à ses besoins. Enfin, les deux infirmières aiment s'intéresser aux ressources du patient, telles que leurs maisons, leurs enfants et petits-enfants, elles expliquent que souvent les personnes adorent parler de leurs ressources, cela fait du bien. Élodie dit que par ce procédé, et en utilisant leurs sens, on peut "majorer le côté exceptionnel de cet endroit ou de ce moment de vie".

Sur les outils plus hypnotiques, Élodie aborde le lieu de sécurité, qu'elle définit par un "moment qui fait plaisir, un moment sécurisant". Elle raconte la première fois qu'elle a pu utiliser le lieu de sécurité avec un patient qui criait sa douleur et la joie qu'elle a ressentie lorsqu'elle a réussi à ce que le patient ne soit plus focalisé sur sa douleur. Il était plus confortable, Élodie avait réussi à lui apporter du bien-être, de la sécurité et du confort. De plus, elle évoque le bénéfice du lieu de sécurité, car il peut être réutilisé par le patient lorsqu'il est seul, c'est l'auto-hypnose. Il suffit alors d'aller dans le détail par rapport "à ce qu'on voit, ce qu'on entend, ce qu'on ressent dans le corps et aussi ce que l'on sent".

4. L'importance de l'expérience dans la gestion des émotions du patient.

Sur le sujet de l'expérience, mon objectif lors des entretiens était de connaître l'importance qu'attachent les infirmières à l'expérience, dans sa globalité. Je voulais savoir si, pour elles, l'expérience avait un rôle dans la relation soignant-soigné et dans la relation de confiance. Enfin, je voulais savoir comment les infirmières se sentent aujourd'hui par rapport à leurs premières prises de postes, lorsqu'elles font face à une détresse émotionnelle.

Sur le sujet de l'expérience professionnelle, Élodie et Camille s'accordent à dire qu'elle permet de se sentir plus "à l'aise", mais qu'elle n'est pas déterminante dans la relation de confiance qui s'établit

avec le patient. Camille dit que l'expérience professionnelle "ne marche pas à tous les coups". Elles évoquent, toutes les deux, leurs premières prises de postes où elles se sont parfois trouvées "désespérée" pour Élodie, et "démunie" pour Camille, ne sachant pas quoi répondre face à la détresse émotionnelle de certains patients. Pour autant, les deux infirmières rencontrées pensent qu'une jeune diplômée peut établir une relation de confiance et intervenir dans la gestion des émotions de ses patients. Élodie dit qu'on ne choisit pas ce métier par hasard et que nous sommes faits ou non pour être dans la relation. Pour elle, la relation de confiance se crée grâce à la personnalité du soignant, même si elle n'exclut pas que l'expérience professionnelle permet d'avoir plus de "facilités". Camille, elle, parle de la notion de légitimité lorsqu'on est jeune diplômée. Elle trouve qu'on ne se sent parfois pas légitime, de par nos connaissances et notre faible expérience, alors que la plupart des patients ne demandent qu'une "oreille attentive", que l'on s'assoit près d'eux. Les patients souhaitent ressentir qu'on prend le temps pour eux. Une jeune diplômée doit donc se sentir légitime à aider le patient dans des situations difficiles. Elle ajoute qu'en général beaucoup de choses se font "au feeling" et qu'il faut se faire confiance car "bien souvent on ne se trompe pas". Enfin, Camille termine son propos en disant que l'expérience professionnelle permet malgré tout de "mieux sentir ces choses-là". Par "ces choses-là", on entend dans la discussion, la détresse émotionnelle d'un patient ou un problème de santé majeur, par exemple. Élodie évoque son expérience en clinique, en début de carrière, où elle faisait des cauchemars la nuit, suite aux nombreux décès qu'elle a vécu dans ce service. Aujourd'hui, elle trouve qu'avec l'expérience, elle arrive à mieux gérer ce genre de situation, grâce à une "carapace" qu'elle a créée lui permettant de faire la part des choses entre l'empathie qu'elle accorde et ce qu'elle ressent. Ceci lui permet de ne pas exposer trop facilement sa sensorialité tout en gardant une attitude empathique. Élodie ajoute que l'expérience permet d'être plus sûr de soi, d'aller "plus facilement vers les gens". L'expérience professionnelle, pour Camille comme pour Élodie, permet de mieux gérer, au fur et mesure, chaque situation. Camille dit qu'on apprend "chaque fois une autre manière de voir les choses". Elle dit également qu'au final, cela dépendra de chaque situation. Elle gérera mieux une situation qu'une autre de ses collègues, tout comme sa collègue gérera mieux qu'elle une autre situation. Pour conclure, sur l'expérience professionnelle, Élodie dit qu'il est très important pour elle de toujours "se remettre en question". Camille dit que parfois avoir trop d'expérience peut conduire le soignant à "se brider, banaliser la souffrance, être moins attentif et parfois même être usé".

Quant à l'expérience personnelle, à nouveau, les deux infirmières s'accordent à dire que notre vécu, "les coups dans la vie" permettent de voir les choses autrement, de nous construire et d'avoir un regard plein d'humanité vis-à-vis de chaque personne. Camille pense que cela nous permet d'être davantage dans la bienveillance. Élodie dit que l'expérience personnelle permet de grandir, de devenir plus mature. Par ailleurs, Camille dit qu'elle aimerait parfois "la mettre de côté" car les

situations vécues dans notre profession, nous ramènent souvent à des choses difficiles, tel qu'un décès, elle se trouve donc plus impactée par la situation et parfois n'est pas en capacité de gérer. Mais elle conclut en disant que ce qu'on a vécu est "ce qui fait de nous le soignant que l'on est".

Enfin, Élodie nous apporte son témoignage sur l'apport de l'expérience acquise au cours des formations dans la relation soignant-soigné. Après avoir acquis un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur et en hypnose thérapeutique ainsi qu'une formation à la communication thérapeutique, Élodie explique pourquoi elle a réalisé ces formations et ce qu'elles ont apporté à sa relation avec le patient. Elle commence par évoquer le sujet de la douleur, où bien souvent, elle se sentait "impuissante" face à la douleur de ses patients. Elle explique que le diplôme universitaire en douleur lui a permis de mieux comprendre la douleur et notamment la douleur chronique et de mieux connaître les médicaments qu'elle administrait ainsi que leurs synergies. Sa formation à la communication thérapeutique a été une révélation pour elle, puisqu'elle s'est rendu compte qu'elle pouvait aller plus loin dans la relation, en apprendre davantage sur les patients et "encore mieux faire". Elle confirmera cette idée lorsqu'elle réalisera son diplôme universitaire en hypnose thérapeutique. Enfin, elle conclut sur ce sujet en disant que se former lui a permis de changer sa manière de voir les choses tant sur le plan professionnel que personnel.

Discussion

1. Accueillir les émotions

Les émotions sont communes pour chacun de nous, et elles se manifestent chacune physiquement et psychologiquement d'une manière différente. Ce qui nous ramène à la règle fondamentale des trois O de M-H Erickson : "Observez-Observez-Observez", la première dimension dans le développement de notre intelligence émotionnelle. Élodie, dans ses propos, décrivait d'ailleurs ses observations vis-à-vis de ses patients. En effet, lorsque le patient est triste, par exemple, il pourra avoir les épaules basses, un regard vide, présenter un repli sur soi ou encore manifester des pleurs. C'est pourquoi l'infirmier se doit d'observer les manifestations verbales et non-verbales des émotions de ses patients, dans le but de réaliser une prise en soin globale et améliorer la relation de confiance. Lorsqu'il s'agit d'accueillir les émotions, il est important d'avoir travaillé notre intelligence émotionnelle. C'est ce qui est évoqué par Célestin-Lhopiteau.I & Wanquet-Thibault.P (2018) dans mon cadre conceptuel, à travers différentes dimensions. La seconde dimension parle notamment de la compréhension du déroulement naturel des émotions. Lors des entretiens, il semblait plus évident pour Élodie que pour Camille, que les manifestations physiques et psychologiques des émotions

pouvaient, grâce à la communication thérapeutique, être “transformées”, au sens figuré. J’imagine donc qu’Élodie, de par son expérience et les outils de communication thérapeutique et d’hypnose qu’elle a pu acquérir au cours de ses formations, est davantage persuadée d’avoir la capacité à aider le patient à faire face à ses émotions. Elle arrive rapidement à les percevoir et en comprend le mécanisme, elle dit sentir “qu’il se passe quelque chose”. Camille, elle, utilise ses compétences, mais pour elle, cela ne reste tout de même que temporaire, c’est-à-dire lorsqu’elle est auprès du patient. Je pense, en effet, que Camille a raison, si nous avons davantage le temps d’être auprès des patients, il serait possible de réaliser avec chaque patient, qui en a besoin, un réel travail sur ses émotions. Pour autant, je continue de croire que le soignant est en capacité d’aider et d’accompagner réellement le patient dans la gestion de ses émotions et sur un plus long terme. L’intelligence émotionnelle est une qualité humaine intéressante à développer puisqu’elle permet au soignant par l’observation, la compréhension et l’analyse d’occuper une place dans la gestion des émotions du patient. C’est pourquoi, pour moi, plus le soignant accroît son intelligence émotionnelle, plus il est en capacité d’aider le patient. Il me reste donc à déterminer la place des expériences (vécues lors de la formation, professionnelles et personnelles) dans l’acquisition de l’intelligence émotionnelle, nous l’aborderons dans une prochaine partie. Par ailleurs, cette notion d’intelligence émotionnelle soulève que le soignant, est un être humain, qui fait face à ses propres émotions lorsque le patient exprime les siennes. De ce fait, il doit apprendre à analyser ses propres émotions pour mieux les gérer, de la même manière qu’il le fait avec le patient. Camille et Élodie, lors des entretiens, expliquent que plusieurs fois, elles se sont retrouvées face à leurs émotions au décès d’un patient dans le service, avec qui elles avaient créé des liens. Élodie, elle, explique qu’elle arrive aujourd’hui, avec l’expérience à faire la part des choses entre ce qu’elle va ressentir et l’empathie qu’elle va offrir au patient. Ceci est très important puisque cela lui permet de se protéger, de ne pas se laisser envahir par la tristesse tout en restant humaine, et en laissant parfois nos propres émotions s’exprimer. En effet, toutes les deux racontent avoir parfois laissé paraître leurs émotions, devant un patient ou des proches, parce que la situation était émotionnellement trop difficile pour elles. Nous avons donc pu échanger sur ce sujet, et j’aimerais le conclure en disant que, le rôle des soignants est d’accueillir avec respect les émotions, les paroles des personnes qu’ils soignent, mais nous sommes également des êtres humains, avec énormément d’émotions qui peuvent nous traverser, à l’écoute de certaines histoires de vie si touchantes, ou au cours du décès d’un de nos patients. Alors, en quoi serait-ce un manque de respect pour le patient ou ses proches que de lui montrer que ce qu’il vit nous touche, que nous sommes présents et que nous allons prendre soin de lui. Je suis d’accord avec Camille pour dire que, si nous nous efforçons de ne pas montrer les émotions que l’on ressent, alors ce serait réaliser un travail semblable à celui d’un robot, qui ne ressent rien et s’exécute.

2. L'importance de la communication thérapeutique

Si je devais définir la communication thérapeutique, je dirais que c'est une manière de communiquer, qui permet de favoriser la relation de confiance entre le soignant et le soigné. De ce fait, la communication thérapeutique repose sur des outils, des principes qui sont à utiliser lorsque l'on souhaite créer une alliance thérapeutique. A nouveau, comme l'expliquait Célestin-Lhopiteau.I & Wanquet-Thibault.P (2018), lorsqu'elles abordent l'intelligence émotionnelle, la règle des trois O de M-H Erickson est à mettre en place chaque fois que nous souhaitons entrer en communication avec le patient. Elle nous permet d'identifier dans quel état d'esprit se trouve le patient, de déterminer si notre présence est opportune par exemple, ou s'il serait préférable de revenir à un autre moment. On comprend donc que l'observation des attitudes verbales et non-verbales du patient est essentielle si l'on souhaite réussir à l'aider. Les deux infirmières rencontrées s'attachent énormément à cela et notamment aux attitudes non-verbales, qu'elles considèrent comme indispensables à prendre en compte au sein de la relation d'aide. J'ai d'ailleurs trouvé intéressant la précision de Camille sur le fait de faire attention à ses propres attitudes non-verbales qui peuvent parfois en dire long sur ce que nous pensons. L'exemple qu'elle apporte, avec la main sur la porte pour montrer que l'on doit quitter la chambre, illustre parfaitement l'idée de la règle des trois O. Il faut constamment être dans l'observation de nos propres attitudes et de celles du patient pour être davantage dans le prendre soin. Ensuite, les deux infirmières rencontrées pensent que la base de toute relation entre le soignant et le soigné est d'être à l'écoute de son patient et de savoir être présent lorsqu'il en a besoin. En effet, à travers leurs propos, elles soulignent la nécessité d'utiliser cette attitude avant même d'entrer dans des outils de communication thérapeutique, comme la reformulation, évoquée par Camille. J'ai trouvé leurs propos très intéressants puisque cela montre que le soignant n'a pas la réponse à tous les problèmes, il ne peut pas d'un claquement de doigts "modifier" les émotions du patient et dire que tout ira bien, ce serait mentir. Pour autant, être présent et à l'écoute est déjà quelque chose de fort pour le patient, qui se sent considéré et respecté. Pour ma part, l'écoute est une qualité dont j'essaye de faire preuve avec chaque patient, et au vu de mes connaissances et de mon expérience, c'est ce que j'arrive à faire le mieux et souvent les patients savent me le dire, pour autant, j'aimerais tout de même aller plus loin, pouvoir davantage être une ressource pour eux, mais ceci viendra avec le temps.

Je me retrouve également beaucoup dans un autre outil évoqué par Camille, à savoir l'humour. En effet, pour moi, il peut permettre, sur un court instant, de détendre le patient, de lui permettre de penser à autre chose qu'à sa douleur ou ses problèmes de santé. Par contre, il ne peut évidemment pas être utilisé dans toutes les situations de soins et avec tous les patients rencontrés. Certains,

comme l'affirmait Camille, sont plus réceptifs à cela, d'autres moins et simplement, parfois, le moment est davantage propice pour utiliser l'humour qu'un autre moment. Il faut donc savoir s'adapter au patient qui est en face de nous, savoir l'écouter et percevoir ce dont il a besoin à ce moment précis : une oreille attentive, des mots rassurants, de la gentillesse, un sourire ou pourquoi pas, une blague. Camille évoque d'ailleurs l'importance de s'adapter au patient. Chacun de nous est différent, donc assurément la relation sera différente selon chaque patient et chaque soignant. C'est pourquoi, le soignant doit être constamment dans une posture d'adaptation, à savoir l'adaptation de son langage, du ton de sa voix, de la proxémie avec le patient. Encore une fois, ceci n'est possible que si nous sommes en capacité d'éprouver de l'empathie pour l'autre et de mettre à l'épreuve notre intelligence émotionnelle. De plus, elle parle du toucher, une notion évoquée dans mon cadre conceptuel, que j'utilise également beaucoup lorsque la situation s'y prête et lorsque je sens que le patient y est réceptif. Il fait partie des attitudes non-verbales qui permettent, pour moi, d'apaiser le patient, de créer un lien relationnel fort qui à nouveau conduit à une relation de confiance. Il peut soulager un instant la peine, il peut montrer notre présence, notre soutien, notre empathie, il est pour ma part, indispensable dans ma pratique professionnelle.

Enfin, j'aimerais évoquer l'hypnose thérapeutique, un outil que je trouve formidable dans la gestion des émotions du patient. Il a été utilisé dans de nombreuses recherches, dont par exemple, certaines pour accompagner les douleurs aiguës, les douleurs chroniques ou encore les angoisses liées à la fin de vie. L'hypnose thérapeutique permet de procurer des effets de bien-être, de confort, de soulagement. L'entretien avec Élodie fut donc très intéressant puisqu'elle a pu évoquer les notions d'auto-hypnose, de lieu de sécurité et le rôle des techniques de respiration, comme le pacing respiratoire évoqué dans mon cadre conceptuel. Elle ajoute, et je suis en accord avec elle, qu'il est indispensable, avant d'utiliser des outils hypnotiques, d'apprendre à connaître son patient. En effet, il semble impossible d'accompagner quelqu'un sur un lieu de sécurité sans au préalable avoir appris à le connaître, à savoir ce qu'il aimait, à savoir quelles étaient ses ressources finalement. Apprendre à connaître son patient est d'ailleurs utile chaque fois que nous souhaitons entrer en communication avec lui, et créer une relation de confiance. De plus, utiliser l'hypnose thérapeutique nécessite à nouveau d'utiliser son intelligence émotionnelle pour observer et analyser les manifestations verbales et non-verbales du patient. Je pense donc que cette formation peut se révéler très bénéfique dans notre pratique professionnelle. Pour autant, comme l'a évoqué Élodie, je me rends bien compte qu'il faut s'autoriser à le faire, il faut oser mais, lorsqu'on y arrive, je trouve que c'est une aide non négligeable que l'on peut apporter au patient. J'aimerais donc dans un plus ou moins long terme, lorsque je serais prête, me former, dans un premier temps, à la communication thérapeutique, pour acquérir les bases, puis réaliser un diplôme universitaire en hypnose thérapeutique. Ceci me

permettra de savoir comment accompagner davantage le patient face à ses émotions, et comme le disait Élodie, “d’aller plus loin dans la relation”.

Notre métier, le milieu du soin, est un lieu où les relations avec les personnes rencontrées sont fortes, propices aux émotions, mais surtout un lieu plein d’humanité. Il existe une multitude de manières de montrer notre soutien auprès du patient, d’un simple regard à une main posée sur la sienne, et je pense que nous avons de la chance de vivre ces moments, même si parfois ils sont tristes et difficiles à vivre émotionnellement. Ils me permettent de grandir humainement, personnellement et me rappelle chaque jour ma chance d’être en bonne santé et de pouvoir aider les autres à aller mieux.

3. Le rôle joué par l’expérience dans la relation soignant-soigné

À présent analysons, de manière interprétative, les propos évoqués par Camille et Élodie, lors de nos rencontres. Pour Camille, qui a une plus courte expérience qu’Élodie, l’expérience professionnelle n’est absolument pas déterminante dans la relation de confiance que nous créons avec le patient, ainsi que dans la gestion de ses émotions. Bien sûr, elle reconnaît que cela permet d’être plus à l’aise, et évoque notamment la notion de légitimité. Pour autant, Camille pense qu’un jeune diplômé est tout à fait capable d’établir une relation de confiance avec son patient. Élodie pense que l’expérience lui a permis d’une certaine manière d’évoluer, de faire encore mieux qu’avant et donc d’aider davantage ses patients. De plus, les formations qu’elle a pu réaliser lui ont permis d’aller “plus loin dans la relation”. En se rendant compte des outils qu’elle pouvait acquérir et utiliser, j’ai le sentiment, par ses propos, qu’elle a pu découvrir une nouvelle façon de travailler, de prendre soin des autres. Malgré cela, Élodie affirme, elle aussi, qu’un infirmier jeune diplômé est en capacité d’entrer en relation et d’aider son patient dans la gestion de ses émotions.

Au cours de mon cadre conceptuel, j’ai pu évoquer l’auteur P.Benner et son livre, dans lequel elle aborde les cinq stades par lesquels passe un professionnel : novice, débutant, compétent, performant, expert. Dans ses propos, on comprend qu’un infirmier jeune diplômé, malgré toute sa bonne volonté, ne sera pas en capacité, comme le serait un infirmier performant ou expert, d’intégrer pleinement la relation soignant-soigné. C’est d’ailleurs pour cela que j’ai choisi d’intégrer, dans mon mémoire, l’expérience à la gestion des émotions d’un patient. Pour autant, ayant écouté activement Camille et Élodie, je suis à présent convaincue que même si cela nécessite à un jeune diplômé davantage de concentration et de travail, il est en capacité d’aider un patient dans la gestion de ses émotions. Puis, l’acquisition progressive de l’expérience lui permettra de mieux s’adapter aux changements et de réagir de manière adaptée aux nouvelles situations.

De plus, lorsque l'on parle de l'expérience en général, intervient à nouveau la notion d'intelligence émotionnelle, puisqu'il s'agit d'observer, de comprendre et d'analyser les émotions. En effet, notre expérience nous a offert une multitude de situations émotionnelles, que le soignant a appris, au fur et à mesure, à gérer pour que ses propres émotions et celles du patient ne prennent pas le dessus. C'est pour cela que je trouve que l'expérience a un rôle important dans la gestion des émotions du patient. Par exemple, si un soignant fait face à plusieurs reprises à une situation où un patient est anxieux, il saura plus facilement quelle attitude adopter pour lui venir en aide.

Quant à l'expérience personnelle, Camille et Élodie affirment qu'elle nous permet de voir les choses différemment et de devenir plus matures. En effet, je suis tout à fait d'accord avec cela. Mes expériences personnelles m'ont conduit à faire ce métier, à vouloir prendre soin des autres, elles interviennent donc, assurément, au quotidien dans ma pratique professionnelle. Comme tous les soignants, je suis régulièrement touchée par des situations, certaines plus que d'autres car elle me rappelle mes expériences personnelles. Si parfois ces situations peuvent s'avérer difficiles à vivre, d'un autre côté, elles me rendent fière de faire ce métier et de pouvoir être au plus près de l'humain dans les moments difficiles de la vie. Lorsque je parle d'expérience personnelle, je pense au vécu personnel, aux décès, à la maladie ou encore à l'handicap. Comme Élodie, je pense qu'on ne choisit pas ce métier par hasard, nos expériences personnelles y sont pour beaucoup. Dans mon cadre conceptuel, je disais que l'expérience personnelle permettait de développer notre personnalité et d'acquérir un savoir-être. De ce fait, elle joue un rôle fondamental dans la relation soignant-soigné.

Réaliser ce cadre théorique et ces entretiens m'a permis de mieux comprendre la place de l'expérience dans la relation soignant-soigné. En effet, j'ai pris en considération que, même si l'expérience professionnelle permet d'être plus à l'aise avec sa technique, avec sa profession en général, elle n'est pas déterminante dans la relation de confiance que l'on crée avec le patient. Je pense qu'avoir eu cette impression est tout à fait normal lorsque nous sommes étudiants infirmiers, en fin de formation, ayant parfois peur de ne pas réussir à gérer toutes les situations qui se présentent à nous. Je reste d'une part convaincue que l'expérience permet d'établir plus facilement un climat de confiance, puisque nous devenons plus à l'aise avec notre spécialité, notre métier, et nous prenons confiance en nous. Par contre, je suis persuadée que l'authenticité du soignant, sa personnalité et ses expériences personnelles, contribuent largement à ce que le patient entre en communication et exprime ses émotions. Ce sera donc lors de mes premières expériences, en tant qu'infirmière, dans quelques mois, que je pourrais juger de ma capacité à établir une relation de confiance, à accompagner le patient dans la gestion de ses émotions. L'élaboration de mon cadre conceptuel et la rencontre avec les deux professionnels m'ont permis de mûrir cette idée qui est que, ma petite expérience n'enlève en rien les qualités relationnelles et humaines dont je fais preuve depuis le début de ma formation. D'ailleurs, cela rejoint la notion de légitimité évoquée avec Camille,

qui est pour moi très importante. En effet, en tant qu'étudiant ou jeune professionnel, cette question de légitimité nous traverse l'esprit, du moins pour ma part et celle de Camille, lorsque nous sommes face à une situation relationnelle complexe. Je retiendrai des réponses de Camille qu'un infirmier jeune diplômé doit se sentir légitime à aider le patient, même s'il n'a pas toutes les réponses à apporter, la présence et l'écoute sont ce qu'il y a de plus important.

Enfin, toutes les deux sont d'accord pour dire qu'il est important de se remettre en question car l'expérience peut aussi mener le professionnel à se sentir trop en confiance, à ne plus être assez attentif ou encore à être lassé de son travail. Ceci est probablement le problème de nombreux professionnels, appréciant être à l'aise avec leur spécialité tout en ayant l'impression de ne plus rien voir de nouveau, de ne plus rien apprendre et donc d'entrer dans un travail routinier. J'aimerais donc au cours de ma pratique professionnelle, pouvoir régulièrement changer de lieu de travail, de service afin de toujours découvrir de nouvelles choses, acquérir des connaissances et majorer mon intelligence émotionnelle par la richesse de mes expériences.

4. La question de recherche définitive

Si je devais répondre à ma question de départ, qui était : *dans quelle mesure, l'expérience d'un soignant peut-elle modifier la perception du soin par le patient?*, je dirais que je me suis trop focalisée, dans cette question, sur le rôle de l'expérience. En effet, je pensais qu'elle occupait une place prédominante dans la gestion des émotions du patient. L'analyse interprétative m'a permis de comprendre qu'elle occupe une place importante, certes, pour autant elle n'est pas déterminante dans la relation entre le soignant et le soigné. C'est pourquoi, dans un premier temps, dans mon cadre théorique, j'ai choisi d'aborder le mécanisme des émotions, afin de mieux comprendre par la suite les informations qui en découlent. Dans cette première partie, j'ai également trouvé qu'il était plus judicieux de parler de "gestion des émotions" que de "modification de la perception du soin". Dans ma seconde partie sur les techniques de communication entre le soignant et le soigné, j'ai compris que c'était ces techniques, lorsqu'elles étaient maîtrisées, qui permettaient au soignant d'accompagner davantage le patient dans la gestion de ses émotions. Un infirmier jeune diplômé est donc en capacité d'aider le patient, avec les qualités relationnelles qu'il possède. Enfin, dans ma troisième et dernière partie sur l'expérience, ce fut intéressant de comprendre l'apport qu'elle pouvait avoir dans notre pratique professionnelle, en différenciant bien l'expérience acquise au cours de la formation infirmière, de l'expérience professionnelle à l'expérience personnelle. J'attache une importance particulière à cette dernière. Mon cadre conceptuel était donc en accord avec mes idées, pour autant, je trouve qu'il est moins en adéquation avec la question de départ que j'avais posée. De

plus, la rencontre avec les professionnelles m'a permis de faire mûrir mon point de vue sur le sujet de l'expérience. C'est pourquoi, je dirais que mes écrits, mes réflexions m'ont permis d'aboutir à une question de recherche définitive, qui est la suivante : *dans quelle mesure, l'expérience et la communication thérapeutique conduisent-elles à une meilleure gestion des émotions du patient ?*

Conclusion

Pour conclure ce travail d'initiation à la recherche, j'aimerais me remémorer le chemin de ma réflexion depuis l'introduction. En effet, au départ, choisir ce sujet était pour moi une évidence, car les soins relationnels m'ont tout de suite intéressée. Puis, j'ai découvert au fil de mes expériences en stage, que l'infirmier pouvait avoir un rôle prédominant dans la gestion des émotions de son patient. Dès la deuxième année d'école en soins infirmiers, je savais que ce sujet serait le mien. Après avoir choisi mes situations d'appels, basées sur les professionnels rencontrés au cours de mes stages, j'ai rapidement réussi à déterminer ce dont je souhaitais parler dans mon cadre conceptuel. Lorsque le temps de réaliser les entretiens fut venu, l'aide de mon référent de mémoire, Christophe, et de l'institut de formation, a été précieuse. En effet, très rapidement j'ai été contacté par la cadre du service qui m'a mise en relation avec Élodie et Camille. Lors de ma pratique professionnelle, je ferai en sorte de garder en mémoire les paroles de ces deux infirmières. Elles ont été à l'image de mon mémoire, du message que je souhaitais faire passer : nous, soignants, sommes en capacité d'aider davantage le patient face à la situation difficile qu'il est en train de vivre.

D'ailleurs, les résultats principaux de mes recherches ont été qu'il est indispensable de prendre en compte les émotions des patients, qui sont communes à chacun de nous. En accueillant les émotions, le soignant permet d'établir une relation de confiance avec son patient. Un des rôles principal du soignant est l'observation des manifestations verbales et non-verbales, elle lui permet de comprendre, d'analyser et d'aider le patient dans la gestion de ses émotions. Apprendre à connaître son patient est indispensable pour montrer notre écoute et notre présence active auprès de lui. Enfin, à travers mes recherches, j'ai compris que l'expérience, ayant une place importante dans mon sujet et ma question de départ, n'est pas déterminante dans la gestion des émotions du patient. Elle joue un rôle, en augmentant la confiance que le soignant a en lui, grâce aux situations vécues, à ses connaissances. Elle lui permet également de se sentir plus à l'aise au quotidien, d'avoir également plus de temps à accorder aux patients grâce à une meilleure organisation. Au final, chaque situation sera vécue différemment par chacun de nous, et c'est justement ces expériences, professionnelle et personnelle, qui le permettent. Pour autant, un jeune diplômé est en capacité de gérer une situation que peut-être un infirmier expérimenté ne sera pas en mesure de gérer, c'est également une question de personnalité, d'authenticité.

En termes de vécu et de ressentis, je dirais que ce travail de recherche a largement contribué à l'élaboration de ma posture professionnelle. Il m'a permis de gagner en confiance en moi et de me sentir davantage légitime à aider les patients dans la gestion de leurs émotions, même si je n'ai pas toutes les connaissances et même si je n'ai pas toujours les mots. En termes d'apprentissage, les recherches effectuées au cours de mon cadre conceptuel m'ont permis d'accroître mes connaissances liées aux soins relationnels. De plus, les rencontres avec Camille et Elodie m'ont permis de confronter mes idées à celles des professionnelles, d'avoir un autre point de vue que le mien sur ce sujet, et donc de pouvoir me remettre en question sur certains points. Au cours de l'élaboration de mon mémoire, j'ai pu rencontrer quelques difficultés. Au départ, ma première difficulté a été d'imaginer à quoi ressemblait un mémoire d'initiation à la recherche. En effet, je n'étais pas au clair du tout sur ce qu'on attendait de moi. Ensuite, au cours de l'écriture de mon cadre conceptuel, je me suis rapidement rendu compte que mes lectures m'apportaient énormément d'informations, et qu'il allait falloir trier ce que je souhaitais évoquer dans mon mémoire. Ce fut une étape plutôt difficile pour moi, c'est d'ailleurs celle qui m'a pris le plus de temps. Et enfin, ma dernière difficulté s'est présentée lorsqu'il a fallu commencer la discussion. Au départ, je n'arrivais pas à formuler mon avis sur le sujet, ne l'ayant pas fait depuis le début de mes écrits, cela me paraissait presque plus compliqué, puis une fois lancée, j'ai pu développer les idées que je souhaitais exprimer.

Pour conclure ce travail de recherche, j'aimerais émettre une ouverture, en effet, je me demande s'il ne serait pas intéressant, pour la pratique infirmière, d'aborder davantage, au cours de notre formation en soins infirmiers, les outils hypnotiques qui existent. L'hypnose thérapeutique et l'auto-hypnose, ont aujourd'hui largement prouvé leur efficacité et apportent une réelle aide pour le patient.

Bibliographie

- (1) Benner, P. (1984). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. MASSON.
- (2) Bioy, A., Bourgeois, F., Nègre, I., & Benhamou, D. (2013). *La communication entre soignant et soigné*. Bréal.
- (3) Célestin-Lhopiteau, I., & Wanquet-Thibault, P. (2018). *Hypnose et pratique paramédicale : Optimiser sa clinique, améliorer sa communication et prendre soin de soi (Exercice professionnel infirmier) (French Edition)*. LAMARRE EDITION.
- (4) Doise, W., Deschamps, J., & Mugny, G. (2017). *Psychologie sociale expérimentale - 3e éd. NP (Collection U) (French Edition)*. ARMAND COLIN.
- (5) Filliozat, I., Riefolo, V., Rojzman, C., & Laprun, A. (2017). *La confiance en soi*. Nathan.
- (6) Imbs, P. (1971). *Trésor de la langue française : Dictionnaire de la langue du XIXe et du XXe siècle (1789–1960), (French Edition)*. Editions du Centre national de la recherche scientifique.
- (7) Lelord, F., & André, C. (2001). *La force des émotions*. O. Jacob.
- (8) Manoukian, A. (2001). *La relation soignant-soigné (Pratiquer éd.)*. Lamarre.
- (9) Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. Setes.
- (10) Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. Setes.

Webographie :

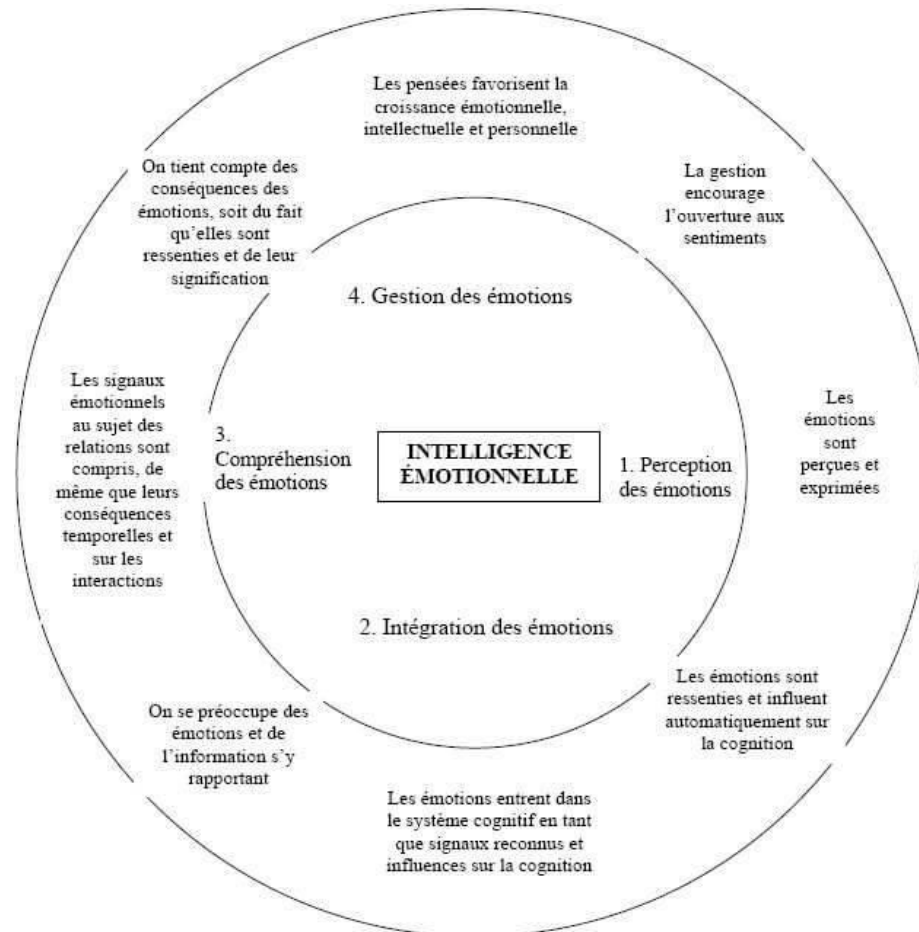
- (1) Bastianetto, S. (2021, 30 décembre). *Le système limbique*. Neuromedia.
<https://www.neuromedia.ca/le-systeme-limbique/>
- (2) Beck, P. (2009). L'authenticité en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 24(1), 31. <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2009-1-page-31.htm#pa16>
- (3) Boccon-Gibod, H. (2016, 21 novembre). *Lobe limbique*. democritique.org.
http://www.democritique.org/Cerveau/Lobe_Limbique.svg.xhtml
- (4) Boudreault, A., & Ntetu, A. L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, N° 86(3), 52. <https://doi.org/10.3917/rsi.086.0052>
- (5) Brainbus & Life Science Communication. (2010). *Le cerveau limbique - notre cerveau émotionnel*. Brainbus.
https://www.braindays.ch/wp-content/uploads/2015/09/brainbus_factsheet_cerveau_limbiq ue.pdf

- (6) Dictionnaire français. (2021, 8 octobre). *Savoir-être : définition*. Linternaute.
<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/savoir-etre/>
- (7) Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011, avril). « *Prendre soin et formation infirmière* ». Cairn.info.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm?ref=doi>
- (8) Goiset, L. (2021). Les émotions au sein de la relation d'aide dans les soins infirmiers [Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, CHU Rennes].
http://centredoc.chu-rennes.fr/ifs/num.php?explnum_id=2841
- (9) Guillou Le Gouguec, L. (2015). *Mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Clinique : 24 heures aux Urgences sous Hypnose*.
<https://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2016/03/Memoire-DU-Hypnose-lena-Guillou-Le-Gouguec.pdf>
- (10) Hennel-Brzozowska, A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale : perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne*, 5, 21-30.
<https://gerflint.fr/Base/Pologne5/brzozowska.pdf>
- (11) Hormone : la principale messagère de nos émotions ! - Ça m'intéresse. (2021, 29 janvier). *Ça m'intéresse - La curiosité en continu*.
<https://www.caminteresse.fr/sciences/hormone-la-principale-messagere-de-nos-emotions-179033/>
- (12) Hugonnet, E. (2009, 3 février). *Le modèle d'acquisition de compétences de Dreyfus*. Slideshare.
<https://fr.slideshare.net/ehsavoie/le-modle-dacquisition-de-comptences-de-dreyfus>
- (13) *Intelligence émotionnelle : l'aidant de sagesse*. (2013). L'aidant de sagesse.
<https://l-aidant-de-sagesse.webnode.fr/pedagogie-et-didactique/intelligence-emotionnelle/>
- (14) M, M. (2020, 16 décembre). *Qu'est ce que l'Intelligence Émotionnelle?* Intemotionnelle.
<https://www.intemotionnelle.com/quest-ce-que-lintelligence-emotionnelle/>
- (15) Minaud, D., Renda, C., De Roland, M., Amar, S., Moszyk, Y., (2020). Le soin relationnel au cœur de la prise en charge. *Soins*, volume (65), page 19-22. 10.1016/S0038-0814(20)30269-3
- (16) Moliner, P., & Ivan Rey, M. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 6(4), 245-257. https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice_display&id=141763
- (17) Paquette, G. (2016, 16 mars). Feedback, rétroaction, rétroinformation, réponse. . . du pareil au même. Persée. https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1987_num_73_1_984

- (18) Phaneuf, M. (2012). *La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi.*
http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/1ePartie_.pdfx
- (19) Rodriguez Lopez, L. (2014). *L'adaptation émotionnelle des infirmiers lors de la prise en soins de patients âgés en fin de vie : Le rôle de l'expérience professionnelle* [Mémoire de Bachelor, Haute école de santé Genève].rérodoc.
<http://doc.rero.ch/record/232543/files/BSNThesisRodriguezLopez.pdf>
- (20) Terrat, E. (2013). Communiquer, un apprentissage. *L'aide-soignante*, 27(150), 11-22.
<https://www.em-consulte.com/article/840623/article/communiquer-un-apprentissage>
- (21) Thireau, L. (1975). *Révélation de soi et changement personnel.* Savoirs.
<http://hdl.handle.net/11143/12240>

Annexes :

Annexe I : L'intelligence émotionnelle, le modèle originel de SALOVEY et MEYER (1990).



Annexe II : Guide utilisé pour les entretiens avec les professionnels.

Bonjour, tout d'abord, je me présente, je m'appelle Anaïs et je suis étudiante infirmière en 3ème année. Aujourd'hui, je viens à votre rencontre afin de partager avec vous mes questionnements, qui m'ont conduit à choisir ce sujet de recherche. En effet, mon mémoire a pour sujet la place de la communication thérapeutique et de l'expérience dans la modification de la perception des émotions par le patient.

À travers cet entretien, je vous garantis que votre anonymat sera respecté, j'utiliserai un nom d'emprunt pour évoquer notre échange.

Ai-je bien votre consentement pour enregistrer notre entretien ?

Questions	Objectifs
1 - J'aimerais tout d'abord, que vous puissiez vous présenter ainsi que présenter votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui.	Connaître le parcours de l'infirmière interrogée
2 - Lorsqu'un patient ressent des émotions, en lien avec son état de santé, un soin ou avec d'autres causes, quelles techniques de communication mettez-vous en place ? (Relance : Avez-vous l'impression que le patient modifie la perception de ses émotions ?)	Connaître les techniques de communication que l'infirmière met en place face à une détresse émotionnelle
3 - Comment vous êtes-vous senti, lors de vos premières prises de postes, face à la détresse émotionnelle d'un patient ?	Connaître les ressentis de l'infirmière au début de son expérience lorsqu'elle faisait face aux émotions du patient
4 - Quelle importance attachez-vous à l'expérience (professionnelle et personnelle) dans la gestion des émotions du patient ?	Connaître l'importance que l'infirmière attache à l'expérience dans la relation d'aide
5 - Pensez-vous que l'expérience contribue à établir plus facilement une relation de confiance entre vous et le soigné ?	Connaître l'importance que l'infirmière attache à l'expérience dans la relation de confiance
6 - De quelle manière l'acquisition progressive de l'expérience a-t-elle modifié vos ressentis?	Savoir si l'acquisition de l'expérience a modifié les ressentis de l'infirmière par rapport à ses premières prises de poste.
7 - Elodie (DU hypnose / formation en communication) : De quelle manière votre formation en communication thérapeutique et en hypnose vous a-t-elle aidée dans votre pratique professionnelle ?	Savoir ce qu'a pu apporter les formations réalisées par l'infirmière dans la relation soignant-soigné.

8 - Camille : Que mettez-vous en place pour établir une communication thérapeutique avec le patient ?	Savoir ce que met en place l'infirmière pour établir une communication thérapeutique
9 - Qu'aimeriez-vous ajouter pour conclure notre entretien? Concernant la communication thérapeutique, l'expérience professionnelle ou bien concernant tout autre chose.	Laissez la parole à l'infirmière pour conclure notre entretien.

Annexe III : La retranscription du premier entretien avec Elodie (nom d'emprunt), infirmière diplômée depuis 1993.

ESI : L'objectif de mon entretien est de savoir par quels moyens tu arrives à modifier la perception des émotions du patient ? Mon sujet aborde la place de la communication thérapeutique et de l'expérience dans la modification de la perception des émotions par le patient. L'anonymat sera respecté.

ESI : Tout d'abord, j'aimerais connaître ton parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui.

Elodie : Alors voilà, j'ai eu mon diplôme en 1993, j'ai travaillé en clinique 5 ans, à Brest, où il y avait une multitude de spécialités dans le même service, ce qui était très formateur. Suite à ces cinq années, en 1998, je suis arrivée sur Rennes, j'ai commencé avec des remplacements sur le CHU pendant 2 ans, un peu partout, sur Pontchaillou, l'hôpital Sud. En mai 2000, je suis arrivée, au départ, en remplacement en chirurgie vasculaire, et j'y suis restée, cela fait aujourd'hui 22 ans que je travaille dans ce service. C'est un service très riche, où j'ai appris énormément de choses et j'en ai pas encore fait le tour, c'est pourquoi je suis ravie de cette spécialité. On nous laisse beaucoup d'autonomie, car nous avons une spécialité au niveau des pansements, et notre expertise, nos compétences sont mises en valeur par l'équipe chirurgicale, c'est plus un échange avec eux, qu'un travail sur prescription. Au niveau technicité c'est intéressant car ce sont des soins complexes. Mais, moi, je m'attache aussi beaucoup à la relation, c'est pour ça que j'ai fait ce métier là. Quand t'es à l'aise avec ta technique, avec ta spécialité, c'est plus facile, et je voulais aller plus loin dans la relation, aller davantage vers les gens pour mieux les aider. C'est pourquoi je me suis alors rapproché notamment de la douleur car je trouvais que malgré toutes les techniques et tout ce qu'on peut prescrire pour soulager le patient,

bien souvent, j'avais des patients qui restaient dans leur douleur, et je me sentais impuissante face à ça. En 2013, j'ai donc réalisé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur, pour mieux comprendre cette douleur, pour connaître le mécanisme et pouvoir aider les patients. Durant cette année, on nous a parlé de plein de choses, des médicaments, de l'anatomie physiopathologique et de médecine complémentaire comme la mésothérapie, l'acupuncture et l'hypnose. Et l'hypnose, je me suis dit pourquoi pas, ça m'intéressait. Je me suis renseigné pour réaliser une formation à l'hypnose mais elle n'existait pas sur l'hôpital, par contre il y avait une formation à la communication thérapeutique, que j'ai réalisée en 2014. Entre-temps, le DU douleur m'a permis d'entrer dans le réseau douleur de l'hôpital, d'être référente douleur au niveau du pôle cardiovasculaire, de commencer à mettre des actions en place dans le service, pour avoir un bon suivi des patients. La communication thérapeutique était une formation de 3 jours, et ce fut une révélation, alors que je pensais être déjà "à fond" dans le relationnel, je me suis rendu compte que je pouvais encore mieux faire. Je me suis engouffré dans cette activité et au départ c'est un apprentissage, car on a plein d'outils et on se demande par quel outil on va commencer, avec qui je vais commencer. On se sent comme l'extraterrestre du service à modifier les habitudes de langage, de posture. Certains outils sont plus complexes, plus hypnotiques, et il faut oser et s'autoriser à le faire. Au niveau de mon langage, j'ai d'abord commencé par modifier certaines habitudes, je ne dis quasiment plus "Ne vous inquiétez pas" mais "Rassurez-vous", ce qui n'est pas toujours simple. Je ne dis plus "Je vais vous piquer", je dis "Je réalise mon soin", "J'y vais" ou simplement on parle d'autres choses, ce n'est pas toujours la peine de dire ce que l'on fait. Sur des outils plus hypnotiques, comme par exemple le lieu de sécurité, que j'ai appris lors de cette formation, il fallait trouver le moment de le faire. Un jour, c'est apparu comme une évidence, un Monsieur qui criait sa douleur, amputé le lendemain de la cuisse en trans-fémoral. Pourtant, il avait tout en place, PCA de morphine et cathéter péri-nerveux. Je vais le voir, et je lui propose mon aide en lui disant que j'ai appris des choses en formation, qui peuvent l'aider à mieux gérer sa douleur et il accepte. Je lui demande ce qu'il aime faire, quels sont ses passions, et il me dit "J'adore la moto", je me sens mal à l'aise car il va être amputé, mais je me reprends et le questionne vis-à-vis de sa moto, avec la technique que j'ai eu. Un lieu de sécurité c'est un moment qui fait plaisir, un moment sécurisant. J'utilise également beaucoup les sens, qui sont très importants dans la communication thérapeutique. A un moment donné, il me dit "Wouah, je suis à vive allure là!". La douleur était là mais il ne criait plus sa douleur, il n'était plus focalisé dessus, il était plus confortable. L'idée c'était de lui apporter du bien-être, de la sécurité, et du confort, donc j'étais contente, l'objectif était atteint. Le lendemain, il a pu réutiliser le lieu de sécurité, simplement en allant dans le détail par rapport à ce qu'on voit, ce que l'on entend, ce que l'on ressent dans le corps et aussi ce que l'on sent. C'était la première fois que je pratiquais une technique hypnotique et quand j'en ai parlé aux collègues, on m'a dit "oui mais nous on a pas vu", donc il a fallu le faire devant les

collègues, devant l'équipe médicale pour que cela soit utilisé petit à petit dans le service. Finalement, je me suis formé à l'hypnose thérapeutique, par un diplôme universitaire, à Nantes, car les gens me disaient que je faisais de l'hypnose, mais je ne m'en rendais pas compte, et je ne me sentais pas légitime d'en faire alors que je n'étais pas formée. Aujourd'hui, je pratique l'hypnose dès que je peux, soit à la consultation, dans le service, ou dans d'autres services du pôle Coeur-Poumons-Vaisseaux, en réanimation, des patients greffés cardiaques, avec des assistances cardiaques, des patients avec des troubles du sommeil. L'idée est donc de leur apporter les outils pour qu'ils puissent ensuite réaliser de l'auto-hypnose. Je me suis également lancée dans une recherche paramédicale, en stand by avec le COVID, mais j'ai fait le plus gros. J'ai intégré l'équipe de formateur à la communication thérapeutique du CHU, je mène également des ateliers de communication thérapeutique avec une collègue. Je suis aussi tutrice des étudiants, je travaille en consultation, je fais plein de choses. La suite c'est, faire évoluer les protocoles de coopération pour davantage légitimer les actes infirmiers, mais il faut un DU Plaies et cicatrisation pour ce protocole de coopération, mais c'est le seul DU que je n'ai pas, donc je vais le réaliser l'année prochaine.

ESI : Lorsqu'un patient ressent des émotions, en lien avec son état de santé, un soin ou avec d'autres causes, quelles techniques de communication met-tu en place ?

Elodie : Tout d'abord, je m'intéresse à mon patient. Dans la communication thérapeutique, il y a plusieurs langages : le langage verbal, non verbal, et para-verbal. A partir du moment où je vois mon patient, c'est le langage non-verbal, je vais déterminer les pistes sur lesquelles je dois aller pour le rejoindre là où il est, et créer une alliance thérapeutique. Le patient, je le vois, il est triste, il a le regard figé, les épaules basses, je vois bien que quelque chose se passe. On parle de trans-négative, une trans-d'alerte où il n'est pas confortable du tout. Il faut aller le chercher pour le ramener à la réalité, parce que dans l'état où il se trouve actuellement tous ses sens explosent, mais plutôt de manière négative. Tout ce qu'il va voir, peut induire et majorer sa peur et son anxiété face à ce qu'il peut arriver, tout ce qu'il va entendre, même si ce n'est pas un mot qui le concerne, il va l'amplifier pour lui. Tous les ressentis, toutes les odeurs, qui nous ramènent parfois à un ancien souvenir qui n'a pas été agréable. Je vais donc aller le chercher là où il est grâce à des outils de communication thérapeutique : valider son inconfort, valider sa douleur, "Je vois bien que vous n'êtes pas confortable, je l'entends et je le ressens". C'est aussi se mettre à sa hauteur, pour favoriser la communication, je vais parfois même me mettre en position basse par rapport à lui pour lui donner plus de pouvoir. Je vais rentrer en communication avec lui, le ramener à la réalité, c'est la conscience critique. Si je pars d'un lieu de sécurité, "Allez monsieur je vous emmène là où vous aimez aller", sans partir de mon patient, sans avoir validé son inconfort, ça ne marchera pas. A l'inverse si je m'intéresse

d'abord à mon patient, j'ai tout gagné, je rentre en communication avec lui, je gagne sa confiance et il va adhérer aux soins plus facilement. Ensuite par différentes techniques, alors moi j'utilise aussi maintenant l'hypnose mais même en communication thérapeutique, simplement le fait de parler, généralement les gens adorent parler de chez eux, leurs enfants, ce qu'ils aiment faire, dans la vie, etc.. Il faudra donc partir de leurs ressources, car ils ont plein de ressources et utiliser leurs sens pour majorer le côté exceptionnel de cet endroit ou de ce moment de vie.

ESI : Comment tu t'es senti, lors de tes premières prises de postes, face à la détresse émotionnelle d'un patient ?

Elodie : Parfois tu peux être démuni, parce que en fonction de la détresse et du parcours, tu te demandes ce que tu vas raconter. Le plus important, c'est d'être présent, on ne peut pas dire que tout va bien aller, parce que ce n'est pas vrai. Face à la détresse émotionnelle, il faut avoir de l'empathie et de la bienveillance et je pense que c'est ce que je fais depuis toujours. Mais aujourd'hui, je le fais différemment grâce à la communication thérapeutique, je vais essayer d'apporter du confort rien qu'avec mes mots. Je dis au patient de laisser ses émotions sortir, je les laisse pleurer, ça fait du bien. J'utilise aussi le pacing respiratoire, où je me cale sur la respiration du patient, et je parle sur la respiration en utilisant des mots positifs "C'est très bien ce que vous faites". Cela agit sur la douleur et ça a un côté apaisant pour le patient. Mais, en effet, lors de mes premières prises de postes, je me suis parfois trouvé désemparé, à ne pas savoir quoi répondre.

ESI : Et toi, comment est-ce que tu gères tes émotions quand tu accueilles autant de souffrance, de tristesse, est-ce que parfois c'est difficile ?

Elodie : Oui bien sûr, c'est arrivé, en plus en vasculaire, il y a beaucoup de détresse sociale, et des maladies chroniques comme l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, donc on est amené à voir nos patients sur de longues années et forcément on crée des liens, et parfois j'ai eu les larmes aux yeux ou j'ai pleuré lors de décès de patients dans le service, et d'aller dans la chambre, de voir la femme et d'être dans les bras l'une de l'autre, c'est humain. Parfois à l'école on nous dit, "Il faut rester à sa place, créer sa barrière", mais on est quand même humain et cela ne va rien changer à notre professionnalisme, d'entourer la conjointe à côté de son mari décédé, dont on s'est occupé pendant 15 ans. C'est arrivé il y a pas longtemps, et c'était comme un ami, je connaissais toute sa vie, et depuis toutes ces années il connaissait la mienne, mes enfants depuis qu'ils sont tout petits, par mes paroles. On peut rester humain tout en étant respectueux, professionnel, même en ayant des émotions qui s'extériorisent et je ne changerai jamais ma façon de faire. Ça ne change pas ma façon

de travailler, au contraire ça me permet d'aller plus loin et que les patients adhèrent plus facilement aux soins. Ils arrivent avec le sourire aux consultations alors qu'on va utiliser le scalpel et la curette, et ils sont contents de revenir donc c'est qu'il se passe vraiment quelque chose.

ESI : Quelle importance attaches-tu à l'expérience (professionnelle et personnelle) dans la gestion des émotions du patient ?

Elodie : L'expérience professionnelle, c'est être à l'aise avec sa technique, sa spécialité, tu connais, et forcément on est plus sûr de soi. Malgré cela, il faut toujours se remettre en question, c'est très important pour moi. Être plus à l'aise avec sa spécialité permet d'aller plus facilement vers les gens et d'aller chercher plus loin que la douleur par exemple, de mieux observer le côté multidimensionnel de la douleur.

Notre expérience personnelle, en effet, on a tous des coups dans la vie, j'ai eu des coups aussi dans ma vie et ça m'aide à voir les choses autrement. Je pense qu'on grandit par ses expériences personnelles, et on devient plus mature par l'expérience personnelle et professionnelle. L'expérience m'a permis de me forger ma carapace, je sais faire la part des choses entre l'empathie que je vais donner aux gens et ce que je vais ressentir. Je sais aussi ne pas exposer trop facilement ma sensorialité. L'expérience permet de gérer cela. Quand j'étais en clinique, j'étais dans un service où il y avait énormément de décès, et je prenais tout en pleine figure, j'en faisais des cauchemars la nuit et aujourd'hui, par rapports à mes débuts, j'arrive à mieux gérer et je pense que c'est grâce à l'expérience, qui m'a permis d'avoir cette carapace et de mieux gérer des décès, des situations compliquées.

ESI : Penses-tu que l'expérience permet d'établir plus facilement une relation de confiance avec le patient ?

Elodie : Tout à fait, mais même quand on est jeune diplômé on peut établir une relation de confiance. On est fait ou pas pour être dans la relation, on ne fait pas ce métier par hasard. Je pense qu'on décide de faire cette formation parce qu'on aime aussi la relation, les gens, on a envie de s'occuper d'eux. Et pour moi, c'est dès le départ, cela vient de la personne, de sa personnalité. Même si bien sûr, l'expérience fait qu'on a plus de facilité. Mais tu n'arriveras pas à être en miroir avec ton patient, si tu utilises des gestes, des manières qui ne donnent pas envie. Ton patient ne va pas du tout adhérer à ça.

ESI : De quelle manière ta formation en communication thérapeutique et en hypnose t'a-t-elle aidée dans ta pratique professionnelle ? Je pense que tu as bien répondu à cette question.

Elodie : Oui, en effet je t'en ai pas mal parlé.

ESI : Mais, c'est vrai que c'est un objectif d'être formé à plus ou moins long terme, mais je veux que cela se fasse naturellement, c'est dans ma tête en tout cas.

Elodie : En tout cas, avant d'être formée à l'hypnose je te conseille de faire la communication thérapeutique pour avoir les bases, le langage, les postures, la distance. Après tu peux aller sur l'hypnose car tu ré-utiliseras tous les outils de communication thérapeutique. C'est une belle bascule. Et le DU douleur, c'est celui qui m'a parlé au départ, pour mieux aider le patient, car les patients restent trop souvent dans leurs douleurs malgré le cocktail de médicament qu'ils ont. Comprendre que la douleur est multidimensionnelle permet d'en apprendre beaucoup sur tes patients, et notamment sur la douleur chronique. Mieux connaître ce que l'on donne comme médicament, tout simplement, pour faire les synergies de médicament. C'est intéressant.

ESI : Tout à fait, au moins tu maîtrises le sujet, et cela met davantage le patient en confiance.

Elodie : La communication thérapeutique, par les outils, cela a été une révélation et même simplement, ne plus parler de douleur mais de cette chose, changer une douleur en chose, et modifier cette chose ensuite. C'est vraiment bien pour le patient, car il peut le faire seul après. C'est un travail d'équipe, il faut les valoriser et les féliciter, et qu'est-ce qu'ils sont contents. Parfois, j'ai des patients qui me disent "Vous voyez on ne m'a jamais félicité", c'est beau.

ESI : Est-ce que tu aimerais ajouter quelque chose pour conclure notre entretien ?

Elodie : Je te dirais, forme toi, ça a changé ma manière de voir les choses tant sur le plan professionnel que personnel, j'ai changé ma manière de faire à l'époque, chez moi, avec mes enfants, c'est-à-dire que quand il ramenaient des notes, je les valorisais, "c'est super chouette ce que tu as fais, mais là tu dis que tu n'as pas trop réussi, qu'est-ce que tu aurais pu faire pour que ce soit mieux?". A la maison, je ne dis pas "Ne t'inquiète pas", mais maintenant ils savent bien où je veux en venir, mais aujourd'hui c'est entré dans mon inconscient, et j'ai adapté mon langage au quotidien. Il faut aussi être très créatif.

ESI : Merci d'avoir pris le temps de me répondre, c'était super intéressant et cela m'a donné envie, c'est dans le thème de mon mémoire, alors merci beaucoup.

Elodie : Merci Anaïs, avec plaisir.

Annexe IV : La retranscription du second entretien, avec Camille (nom d'emprunt), infirmière diplômée depuis 2016.

ESI : Je m'appelle Anaïs, je suis étudiante en 3ème année, et aujourd'hui je viens vers toi pour discuter de mes questionnements qui m'ont conduit à choisir ce sujet, car depuis le début de ma formation, j'ai toujours été épatée par les infirmières qui arrivaient à modifier la perception des émotions du patient, en discutant parfois simplement. Je garantis que l'anonymat sera respecté durant l'entretien, j'utiliserai un nom d'emprunt pour évoquer notre échange.

ESI : J'aimerais tout d'abord que tu puisses te présenter ainsi que ton parcours professionnel.

Camille : Je suis infirmière depuis 2016, donc cela va faire 6 ans cette année. J'ai travaillé trois ans en soins intensifs neuro et neurologie conventionnelle à Vannes, après une petite année en réanimation chirurgicale, sur Paris, et ensuite je suis rentrée en 2019 sur Rennes, où j'ai fait des remplacements avant d'avoir ma mutation, et d'avoir un poste en chirurgie vasculaire, où je suis aujourd'hui depuis 2 ans.

ESI : D'accord donc un parcours déjà très varié et riche.

Camille : Oui, je suis de la nouvelle tranche de diplôme où tu n'as pas envie de rester trop longtemps au même endroit, pour découvrir d'autres choses.

ESI : Je comprends tout à fait, tu dois aimer les soins techniques et les pansements j'imagine?

Camille : Oui, c'est ça je suis très soins techniques, j'aime ça.

ESI : Lorsqu'un patient ressent des émotions, en lien avec son état de santé, un soin ou avec d'autres causes, quelles techniques de communication mets-tu en place ?

Camille : Le premier mot pour moi c'est de s'adapter, cela va dépendre de la personne face à qui tu es, tu ressens au fur et à mesure, tu as appris ou tu apprends à le connaître et tu t'adaptes en fonction. Par exemple, moi je fais beaucoup d'humour mais cela ne passe pas avec tout le monde, donc il faut jauger pour savoir si le patient va y être réceptif. Autrement, je suis principalement dans l'empathie, dans la reformulation, pour mieux le comprendre et être capable de répondre à ses besoins.

ESI : D'accord, et est-ce que tu as l'impression de modifier la perception des émotions du patient lorsque tu utilises par exemple l'humour ou la reformulation?

Camille : L'humour avec certains patients fonctionne plutôt bien. Je me rappelle d'une dame qui avait un gros pansement, une escarre sacrée, et elle avait besoin de ça pour détourner la douleur, pour penser à autre chose. Une fois, on s'est rappelé la première fois où j'avais fait sa réfection de TPN et elle m'avait presque reproché de n'avoir pas utilisé l'humour cette fois-là. Mais pour moi c'était impossible, elle était en larmes, le pansement a duré trois heures, c'était ingérable pour elle comme pour moi, et puis c'est dur de voir un patient souffrir parce qu'on lui fait mal, donc je n'avais jugé du tout opportun de l'utiliser. J'étais plus dans les mots, dans le contact, dans le toucher. C'est beaucoup de ressentis, même si on peut se tromper, et l'expérience aide également à mieux savoir ce qu'il faut utiliser.

ESI : Comment tu t'es senti, lors de tes premières prises de postes, face à la détresse émotionnelle d'un patient ?

Camille : C'était compliqué à gérer, de ne pas toujours trouver les mots, de ne pas forcément avoir les connaissances pour leur répondre. Les patients ont mal, ils sont démunis, en détresse psychologique, sociale et on n'est incapable de répondre, ou du moins on a l'impression d'être incapable et d'être démunis face à ça. Mais pour la plupart des gens, rien qu'une oreille attentive, s'asseoir près d'eux, prendre la main si je sens que le contact physique est possible. Rien que ça, ils ressentent qu'on prend le temps pour eux, et ils savent le dire.

ESI : Quelle importance attaches-tu à l'expérience professionnelle et personnelle dans la gestion des émotions du patient ?

Camille : L'expérience personnelle, j'aimerais la mettre de côté car cela nous renvoie à beaucoup de choses, à des décès, à des souffrances, donc tout de suite on est plus impacté, et parfois on n'arrive

pas à gérer. Je suis la première à dire que parfois il m'est arrivé de craquer avec des patients, des familles. C'est pas une honte, et c'est faux de dire que nos problèmes restent aux vestiaires, on part avec nos bagages et c'est ce qui fait de nous le soignant que l'on est, que l'on construit. En fonction de ce qu'on a vécu, ce qu'on a vu, parfois cela nous porte préjudice, mais je me suis déjà entendu dire à un interne, avec qui je n'étais pas d'accord sur la prise en charge, "Si c'était ton grand-père dans le lit, qu'est-ce que tu ferais ?", même si bien-sûr parfois on n'a pas les moyens de répondre à tout. Avoir ce regard sur "Qu'est-ce que je ferais si c'était l'un des miens?" permet d'être davantage dans la bienveillance, de ne pas devenir des robots. Alors oui parfois, je me suis vu pleurer et je me suis dit que ce n'était pas adapté mais qu'est-ce qui est le mieux ? Devenir un robot formaté, qui ne ressent rien, n'est pas touché par la souffrance. Donc je pense que l'expérience personnelle te construit beaucoup, elle fait de toi celui que tu es et contribue à ton expérience professionnelle. Ensuite, sur l'importance de l'expérience professionnelle, je pense qu'en effet c'est important mais ça ne marche pas à tous les coups. Je sens que je suis plus à l'aise maintenant, j'arrive à passer de la bonne humeur à une voix douce, parce que je fonctionne comme ça, mais pour moi une jeune diplômée qui arrive, avec ses bagages à elle, je ne vois pas pourquoi elle s'en sortirait moins bien dans la gestion des émotions de son patient. Ça dépendra toujours des situations, il y a des situations qu'on gère mieux que d'autres et tu auras toujours une collègue qui gèrera mieux une situation et toi une autre. Par exemple, les situations avec des décès, j'arrive parfois à mieux les gérer que d'autres collègues, mais parce que j'ai été habituée de par mon expérience professionnelle. Donc ça joue, mais je suis pas sûr que l'expérience professionnelle soit la plus déterminante dans la gestion des émotions. Une infirmière jeune diplômée doit juste se sentir légitime, parce que souvent on ne se sent pas légitime, on pense que ce n'est pas avec une année d'expérience qu'on va savoir quoi leur dire, mais les patients et les familles ne sont pas là dedans, ils voient une blouse blanche, que tu aies un an d'expérience ou vingt ans, ils prennent. Par contre, les patients en refus de soin, dans l'opposition, qui là pourraient remettre la faute sur notre expérience professionnelle. Mais en général, il y a beaucoup de choses que l'on fait "au feeling". Par exemple, parfois tu ne sais pas pourquoi, ton patient a le teint gris comme hier, il est tachycarde comme hier, mais aujourd'hui il a une tension un peu plus basse, et tu sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et bien souvent on ne se trompe pas, l'expérience professionnelle aide bien sûr à mieux sentir ces choses-là. Au contraire, parfois, avoir trop d'expérience est un risque de se brider, de banaliser la souffrance, d'être moins attentif et parfois même être usé.

ESI : De quelle manière l'acquisition progressive de l'expérience a-t-elle modifié tes ressentis?

Camille : Au début, je ne me sentais pas légitime, et aujourd'hui je me sens plus à l'aise. Au fur et à mesure, tu apprends à gérer, notamment dans la gestion de la douleur, et à chaque fois tu apprends autre chose, une autre manière de voir les choses. L'expérience aide bien sûr, et moi ce qui m'a aussi aidée c'est la polyvalence, mais pour moi ce n'est pas suffisant.

ESI : Que mets-tu en place pour établir une communication thérapeutique avec le patient ?

Camille : Alors moi déjà, ce que je fais toujours c'est me mettre à la hauteur du patient, j'ai ce besoin car je ne me sens pas forcément à l'aise debout, contre un mur. Je m'assois sur le lit ou sur une chaise quand je sens qu'ils ont besoin de plus de distance. Ce matin j'étais avec une étudiante pour faire un pansement, je me suis assise sur le lit pour discuter avec le patient, d'égal à égal. Pour les mettre en confiance, j'aime aussi savoir ce qu'ils font, s'ils vivent seuls, s'ils ont des enfants et après les personnes se dévoilent toutes seules. Quand tu arrives le matin, tu demandes aux patients s'ils ont des douleurs, tu ne les connais pas, souvent ils ont pas trop mal, ils ne vont pas forcément te dire que le moral n'est pas au beau fixe, et puis tu vas repasser dans la chambre dans la matinée et tu vas demander si ça va, tu t'assois sur le lit, et il y a moins cette position de hauteur, ils ont plus tendance à se confier, à tendre vers le contact, certains en ont besoin, ils ont besoin de vider.

ESI : Qu'aimerais-tu ajouter pour conclure notre entretien ? Concernant la communication thérapeutique, l'expérience professionnelle ou bien concernant tout autre chose.

Camille : Je pense, et ce n'est que mon avis, que ce qu'on nous apprend à l'école de "Il ne faut pas pleurer, il ne faut pas ressentir toutes les émotions", c'est à des années lumières de ma façon de travailler. Je critique pas et j'entends que c'est pour nous protéger, mais je me suis toujours dit que le jour où je serai incapable de recevoir les émotions d'un patient, il faut que j'arrête ce travail. Parfois, je pleure avec les patients, avec les familles, et s'il faut les prendre dans les bras, je le fais. Combien de fois les personnes âgées ont besoin de contact, veulent te faire un bisou. On est présent à un instant T de leur vie, un moment charnière et si tu n'acceptes pas les émotions des autres, ça me paraît compliqué. Une fois, en neurologie, je m'occupais d'un patient âgé, de nuit, on était lundi et ma collègue me dit que l'anniversaire de sa fille est jeudi, alors je lui dis "Il tiendra jusqu'à jeudi". Sa fille était infirmière, elle allait avoir 60 ans et il y a un lien qui s'est créé, elle nous montrait des photos, on voyait notre patient d'une autre façon. Le jeudi, elle est arrivée à seize heures, il est décédé à seize heures trente. Elle arrive, elle me prend la main et me dit "Camille, papa est parti", et de manière incontrôlable mes larmes ont coulé, et à ce moment je suis partie pour prendre du recul, et j'ai été préparer le matériel pour le décès dans la réserve, où j'ai craqué un bon coup, mais au

moins, j'ai su me retirer quand je ne pouvais plus gérer. Ma collègue aide-soignante est venue me rejoindre pour craqué un bon coup, elle aussi. Autrement, sur la modification de la perception des émotions, je suis pas sûre qu'on arrive à "modifier" les émotions, un patient angoissé restera angoissé, mais au moins il a ce moment, où tu arrives à l'apaiser, mais je pense que les angoisses reviennent. On peut au mieux les accompagner dans cette période qui est compliquée pour eux, les soutenir et leur tendre la main. Mais j'ose espérer qu'on leur apporte un moment de douceur, mais quand tu refermes la porte, le patient est seul. Et même si on dit qu'à l'hôpital les patients sont bien entourés, on passe dix minutes le matin dans la chambre. Je ne mets pas la main pour faire sentir au patient que je dois y aller, je lui dis honnêtement "Je suis pas disponible là maintenant, mais je repasse dans cinq minutes et je prendrais le temps avec vous". Notre communication non verbale a bien plus d'impact que ce que l'on peut dire. Si je me rapproche doucement de la porte, ils vont le remarquer et s'en souvenir. Mais je préfère qu'ils se souviennent de moi qui me suis assise pendant deux minutes à côté d'eux pour les écouter, et leur tenir la main si besoin.

ESI : Merci beaucoup pour tes réponses, c'était très intéressant d'avoir ton point de vue sur mon sujet.

Annexe V : Les tableaux d'analyse des entretiens.

Cadre théorique	Objectifs de la question	PROPOS DE L'INFIRMIER	
		<u>Elodie</u>	<u>Camille</u>
<p>La place des émotions dans la relation soignant-soigné</p>	<p>Connaître les ressentis de l'infirmière, au début de son expérience lorsqu'elle faisait face aux émotions du patient</p> <p>Avoir le point de vue de l'infirmière sur la détresse émotionnelle et les émotions qu'elle rencontre en règle générale.</p> <p>Obtenir le point de vue des professionnelles sur l'importance de la relation soignant-soigné, la relation de confiance dans la gestion des émotions.</p>	<p>“Le patient, je le vois, il est triste...regard figé...épaules basses, je vois bien que quelque chose se passe. On parle de trans-négative, trans-d'alerte...pas confortable du tout” (Q2)</p> <p>“Il faut aller le chercher pour le ramener à la réalité...actuellement tous ses sens explosent...de manière négative. Tout ce qu'il va voir peut induire et majorer sa peur et son anxiété...tout ce qu'il va entendre...il va l'amplifier pour lui. Tous les ressentis...odeurs, qui nous ramènent parfois à un ancien souvenir...pas agréable” (Q2)</p>	<p>«...je suis pas sûr qu'on arrive à modifier les émotions...patient angoissé restera angoissé, mais au moins il a ce moment où tu arrives à l'apaiser, mais je pense que les angoissé reviennent » (Q8)</p> <p>“L'humour avec certains patients fonctionne plutôt bien. Je me rappelle d'une dame...gros pansement...avait besoin de ça pour détourner la douleur...penser à autre chose. Une fois, on s'est rappelé la première fois où j'avais fais sa réfection de TPN...elle m'avait presque reproché de n'avoir pas utilisé l'humour cette</p>

		<p>“Parfois tu peux être démuni...en fonction de la détresse et du parcours, tu te demandes ce que tu vas raconter. Le plus important, c’est d’être présent, on ne peut pas dire que tout va bien aller...ce n’est pas vrai. Face à la détresse émotionnelle...avoir de l’empathie et de la bienveillance et je pense que c’est ce que je fais depuis toujours...aujourd’hui je le fais différemment” (Q3)</p> <p>“...moi, je m’attache aussi beaucoup à la relation, c’est pour ça que j’ai fais ce métier-là” ; “je voulais aller plus loin dans la relation, aller davantage vers les gens pour mieux les aider” (Q1)</p>	<p>fois-là...pour moi c’était impossible, elle était en larme...pansement a duré trois heures...ingérable pour elle comme pour moi...J’étais plus dans les mots...contact...toucher...beaucoup de ressentis...l’expérience aide également à mieux savoir ce qu’il faut utiliser” (Q2)</p> <p>“C’est dur de voir un patient souffrir parce qu’on lui fait mal” (Q2)</p> <p>«...ce n’est que mon avis...ce qu’on nous apprend à l’école... « Il ne faut pas pleurer...ressentir toutes les émotions »...j’entends que c’est pour nous protéger mais je me suis toujours dis que le jour où je serais incapable de recevoir les émotions d’un patient, il faut que j’arrête ce</p>
--	--	--	---

		<p>“...je m’intéresse d’abord à mon patient...j’entre en communication avec lui, je gagne sa confiance et il va adhérer aux soins plus facilement”. (Q2)</p> <p>“...en vasculaire...on est amené à voir nos patients sur de longues années...on créer des liens...parfois j’ai eu les larmes aux yeux...pleuré lors de décès de patients dans le service...voir la femme...être dans les bras l’une de l’autre, c’est humain...On peut rester humain tout en étant respectueux, professionnels même en ayant des émotions qui s’extériorisent et je ne changerais jamais ma façon de faire... ça me permet d’aller plus loin...patients adhèrent plus</p>	<p>travail. Parfois je pleure avec les patients...familles...si il faut les prendre dans les bras, je le fais. Combien de fois les personnes âgées ont besoin de contact...On est présent à un instant T de leur vie...moment charnière...si tu n’acceptes pas les émotions des autres...compliqué » (Q8)</p> <p>« On peut au mieux les accompagner dans cette période...compliquée...soutenir...tendre la main...moment de douceur, mais quand tu refermes la porte, le patient est seul...même si on dit qu’à l’hôpital les patients sont bien entourés, on passe dix minutes le matin » (Q8)</p> <p>«Je ne mets pas la main sur la porte</p>
--	--	--	---

		facilement aux soins” (Q3) “Ils arrivent avec le sourire aux consultations alors qu’on va utiliser le scalpel et la curette...c’est qu’il se passe vraiment quelque chose” (Q3)	pour faire sentir au patient que je dois y aller, je lui dis honnêtement « Je suis pas disponible là maintenant mais je repasse dans cinq minutes et je prendrais le temps avec vous »...si je me rapproche doucement de la porte, ils vont le remarquer et s’en souvenir...je préfère qu’ils se souviennent de moi qui me suit assise pendant deux minutes...pour les écouter et leur tenir la main si besoin»(Q8)
--	--	--	---

Cadre théorique	Objectifs de la question	PROPOS DE L'INFIRMIER	
		<u>Elodie</u>	<u>Camille</u>
Le rôle de la communication thérapeutique dans la gestion des émotions du patient.	Connaître les techniques de communication que l’IDE met en place face à une détresse	“au départ c’est un apprentissage... on a plein d’outils... Certains outils sont plus complexes, plus	“Le premier mot pour moi c’est de s’adapter, cela va dépendre de la personne face à qui tu es, tu ressens

	<p>émotionnelle</p> <p>Savoir ce que met en place l'IDE pour établir une communication thérapeutique</p>	<p>hypnotiques et il faut oser et s'autoriser à le faire" (Q1)</p> <p>"Au niveau de mon langage...modifier certaines habitudes, je ne dis quasiment plus "Ne vous inquiétez pas" mais "Rassurez-vous", ce qui n'est pas toujours simple". (Q1)</p> <p>"J'utilise également beaucoup les sens...très importants dans la communication thérapeutique". (Q1)</p> <p>"Dans la communication thérapeutique...plusieurs langages : ...verbal, non-verbal et para-verbal. A partir du moment où je vois mon patient...langage non-verbal...déterminer les pistes</p>	<p>au fur et à mesure, tu as appris ou tu apprends à le connaître...tu t'adaptes en fonction. Par exemple...je fais beaucoup d'humour mais cela ne passe pas avec tout le monde...jauger pour savoir si le patient va y être réceptif" (Q2)</p> <p>"Je suis principalement dans l'empathie...la reformulation pour mieux le comprendre...être capable de répondre à ses besoins" (Q2)</p> <p>« Ce que je fais toujours c'est me mettre à la hauteur...je ne me sens pas forcément à l'aise debout, contre un mur. Je m'assois sur le lit ou sur une chaise quand je sens qu'ils ont besoin de plus de distance » (Q7)</p>
--	--	--	--

		<p>sur lesquelles je dois aller...rejoindre là où il est...créer une alliance thérapeutique”. (Q2)</p> <p>“Aller le chercher...grâce à des outils de communication thérapeutique : valider son inconfort...sa douleur...se mettre à sa hauteur...en position basse...pour lui donner plus de pouvoir...entrer en communication avec lui, le ramener à la réalité, c’est la conscience critique”(Q2)</p> <p>“La communication thérapeutique pour avoir les bases, le langage, les postures, la distance, par les outils...changer une douleur en chose...modifier cette chose ensuite...vraiment bien pour le patient...peut le faire seul après...travail d’équipe, il faut les</p>	<p>« Ce matin...je me suis assise sur le lit pour discuter avec le patient, d’égal à égal...moins cette position de hauteur...plus tendance à se confier...tendre vers le contact, certains en ont besoin...besoin de vider. » (Q7)</p> <p>« J’aime aussi savoir ce qu’ils font, s’ils vivent seuls...ont des enfants et après les personnes se dévoilent toutes seules » (Q7)</p> <p>« Notre communication non-verbale a bien plus d’impact que ce que l’on peut dire » (Q8)</p>
--	--	---	--

		<p>valoriser...féliciter” (Q6)</p> <p>“Simplement le fait de parler...les gens adorent parler de chez eux...enfants, ce qu’ils aiment faire...partir de leurs ressources...utiliser leurs sens...majorer le côté exceptionnel de cet endroit ou de ce moment de vie”. (Q2)</p> <p>“Grâce à la communication thérapeutique...essayer d’apporter du confort rien qu’avec mes mots...laisser ses émotions sortir, je les laisse pleurer, ça fait du bien. J’utilise aussi la respiration...parle sur la respiration en utilisant des mots positifs...agit sur la douleur...côté apaisant pour le patient” (Q3)</p>	
--	--	---	--

Cadre théorique	Objectifs de la question	PROPOS DE L'INFIRMIER
		<u>Elodie</u>
L'hypnose thérapeutique	Savoir ce que le diplôme universitaire en hypnose thérapeutique a pu apporter à Elodie dans la relation soignant-soigné	<p>“Sur des outils plus hypnotiques...le lieu de sécurité... un moment qui fait plaisir, un moment sécurisant” ; “La douleur était là mais il ne criait plus sa douleur, il n'était plus focalisé dessus...plus confortable... apporter du bien-être, de la sécurité et du confort”. “...il a pu réutiliser le lieu de sécurité...en allant dans le détail par rapport à ce qu'on voit...entend...ressent dans le corps et aussi ce que l'on sent” (Q7 répondue à Q1)</p> <p>“...leur apporter les outils pour qu'ils puissent ensuite réaliser de l'auto-hypnose”. (Q7 répondue à Q1)</p>

Cadre théorique	Objectifs de la question	PROPOS DE L'INFIRMIER
-----------------	--------------------------	-----------------------

		<u>Elodie</u>	<u>Camille</u>
<p>L'importance de l'expérience dans la gestion des émotions du patient.</p>	<p>Connaître l'importance que l'IDE attache à l'expérience dans la relation soignant-soigné et la relation de confiance</p> <p>Savoir si l'acquisition de l'expérience à modifier les ressentis de l'IDE par rapport à ses premières prises de poste.</p>	<p><u>Expérience professionnelle :</u></p> <p>“En effet, lors de mes premières prises de postes, je me suis parfois trouvé désespéré, à ne pas savoir quoi répondre” (Q3)</p> <p>“Quand j'étais en clinique...il y avait énormément de décès...j'en faisais des cauchemars la nuit et aujourd'hui par rapport à mes débuts, j'arrive à mieux gérer et je pense que c'est grâce à l'expérience...m'a permis d'avoir cette carapace...mieux gérer...décès...situations compliquées” (Q4)</p> <p>“Quand t'es à l'aise avec ta technique,...ta spécialité, c'est plus facile” (Q1) ; “forcément on est plus sûr de soi...permet d'aller plus</p>	<p><u>Expérience professionnelle :</u></p> <p>“Au début, je ne me sentais pas légitime, et aujourd'hui je me sens plus à l'aise” (Q6)</p> <p>“C'était compliqué à gérer...pas toujours trouver les mots...pas forcément avoir les connaissances pour leur répondre...on est incapable de répondre, ou du moins on n'a l'impression d'être incapable...démuni face à ça. Mais pour la plupart des gens, rien qu'une oreille attentive, s'asseoir près d'eux, prendre la main si je sens que le contact physique est possible. Rien que ça, ils ressentent qu'on prend le temps pour eux...ils savent le dire” (Q3)</p>

		<p>facilement vers les gens...chercher plus loin que la douleur par exemple...mieux observer les côtés multidimensionnel” (Q4) “Malgré cela, il faut toujours se remettre en question, c’est très important pour moi” (Q4)</p> <p>“L’expérience m’a permis de me forger ma carapace...faire la part des choses entre l’empathie que je vais donner...et ce que je vais ressentir...ne pas exposer trop facilement ma sensorialité. L’expérience permet de gérer cela”. (Q4)</p> <p>“...même quand on est jeune diplômé on peut établir une relation de confiance. On est fait ou pas pour être dans la relation, on ne fait pas</p>	<p>“Au fur et à mesure, tu apprends à gérer...gestion de la douleur...chaque fois tu apprends autre chose...autre manière de voir les choses. L’expérience aide bien-sûr...moi ce qui m’a aidé c’est la polyvalence, mais pour moi ce n’est pas suffisant” (Q6)</p> <p>« ...sur l’importance de l’expérience professionnelle...c’est important mais ça ne marche pas à tous les coups... » (Q4)</p> <p>«Je sens que je suis plus à l’aise maintenant...passer de la bonne humeur à une voix douce...mais pour moi une jeune diplômé qui arrive, avec ses bagages à elle, je ne vois pas pourquoi elle s’en sortira moins bien dans la gestion des</p>
--	--	--	---

		<p>ce métier par hasard...on décide de faire cette formation parce qu'on aime...la relation, les gens, on a envie de s'occuper d'eux...pour moi, c'est dès le départ, cela vient de la personne, de sa personnalité. Même si bien-sûr, l'expérience fait qu'on a plus de facilités" (Q5)</p> <p><u>L'expérience acquises au cours des formations :</u></p> <p>"...bien souvent, j'avais des patients qui restaient dans leur douleur, et je me sentais impuissante face à ça. ...réalisé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur" ; "le DU douleur m'a permis d'entrer dans le réseau douleur de l'hôpital... référente douleur au niveau du pôle...mettre des actions en place dans le service..." ; "la communication thérapeutique était</p>	<p>émotions de son patient » (Q4)</p> <p>« Ça dépendra toujours des situations, il y a des situations qu'on gère mieux que d'autres...tu auras toujours un collègue qui gèrera mieux une situation et toi une autre...Donc ça joue, mais je suis pas sûr que l'expérience professionnelle soit la plus déterminante dans la gestion des émotions » (Q4)</p> <p>«Une infirmière jeune diplômée doit juste se sentir légitime...souvent on ne se sent pas légitime, on pense que ce n'est pas avec une année d'expérience qu'on va savoir quoi leur dire mais les patients et les familles ne sont pas là-dedans, ils voient une blouse blanche, que tu ai</p>
--	--	---	--

		<p>une formation de 3 jours” ; “je me suis formé à l’hypnose thérapeutique...diplôme universitaire...les gens me disaient que je faisais de l’hypnose...je ne me sentais pas légitime d’en faire alors que je n’étais pas formée” ; “recherche paramédicale...intégré l’équipe de formateur à la communication thérapeutique... tutrice des étudiants...consultation...” (Q1)</p> <p>“La communication thérapeutique... ce fut une révélation, alors que je pensais être déjà “à fond” dans le relationnel, je me suis rendu compte que je pouvais encore mieux faire” (Q1)</p> <p>“Avant d’être formée à l’hypnose, je</p>	<p>un an d’expérience ou vingt ans, ils prennent...En général...beaucoup de choses que l’on fait au « feeling » » (Q4)</p> <p>« Parfois, tu ne sais pas pourquoi, ton patient a le teint gris comme hier...tachycarde comme hier...aujourd’hui...tension plus basse...tu sens qu’il y a quelque chose qui ne va pas...bien souvent on ne se trompe pas...l’expérience professionnelle aide...mieux sentir ces choses-là » (Q4)</p> <p>«...parfois, avoir trop d’expérience... risque de se brider, de banaliser la souffrance, d’être moins attentif et parfois même être usé » (Q4)</p>
--	--	---	---

		<p>te conseille...communication thérapeutique pour avoir les bases...langages...postures...distance" (Q6)</p> <p>"Comprendre que la douleur est multidimensionnelle permet d'en apprendre beaucoup sur tes patients, et notamment sur la douleur chronique. Mieux connaître ce que l'on donne comme médicament...faire les synergies de médicament. C'est intéressant." (Q6)</p> <p>"forme toi, ça a changé ma manière de voir les choses tant sur le plan professionnel que personnel"</p> <p>Perso</p> <p>"en effet, on a tous des coups dans la vie...ça m'aide à voir les choses autrement...on grandit par ses expériences personnelles...on</p>	<p><u>L'expérience personnelle :</u></p> <p>« J'aimerais la mettre de côté car cela nous renvoie à beaucoup de choses...décès...souffrances...tout de suite on est plus impacté...parfois on n'arrive pas à gérer...c'est faux de dire que nos problèmes restent aux vestiaires, on part avec nos bagages et c'est ce qui fait de nous le soignant que l'on est, que l'on construit. En fonction de ce qu'on a vécu...vu » (Q4)</p> <p>« Avoir ce regard sur « Qu'est-ce que je ferais si c'était l'un des miens? » permet d'être davantage dans la bienveillance...pas devenir des robots...je pense que l'expérience personnelle te construit beaucoup...fait de toi celui que tu es...contribue à ton expérience</p>
--	--	---	---

		devient plus matures par l'expérience personnelle et professionnelle" (Q4)	professionnelle.» (Q4)
--	--	--	------------------------

NOM : Trohel
PRÉNOM : Anaïs

TITRE DU MÉMOIRE : L'accueil des émotions au sein de la relation soignant-soigné.

My topic tackles the caregiver's place in managing patient's emotions. Indeed, thanks to their experiences, their human skills and the communication techniques they can use, they increase their ability to help a patient in difficult times.

All of my thoughts allowed me to reach the following research question : "To what extent does experience and therapeutic communication lead to better management of patient emotions?". Through this question, I want to determine the place of experiences and the importance of therapeutic communication in managing the patient's emotions.

The interviews demonstrated the nurse's ability to take part in management of his patient's emotions. Indeed, the two nurses I met, Camille and Élodie (aliases), showed me the importance they attach to the caregiver-caretaker relationship. Both described the therapeutic communication techniques they can put in place, different from each other, and therefore complementary. Moreover, they highlight the importance they attach to professional and personal experience in managing the patient's emotions.

Finally, to conclude, I will hold in mind that reception of emotions, active listening and presence are the first tools to establish therapeutic communication with the patient. Furthermore, experience can ease our professional practice.

Mon sujet porte sur la place du soignant dans la gestion des émotions du patient. En effet, grâce à ses expériences, ses qualités relationnelles et les techniques de communication qu'il peut mettre en place, il accroît sa capacité à aider un patient vivant une période difficile.

L'ensemble de mes réflexions m'a permis d'aboutir à la question de recherche suivante : « *dans quelle mesure, l'expérience et la communication thérapeutique conduisent-elles à une meilleure gestion des émotions du patient ?* ». À travers cette question, je souhaite déterminer la place des expériences et l'importance de la communication thérapeutique dans la gestion des émotions du patient.

Les entretiens réalisés ont montré la capacité de l'infirmier à intervenir dans la gestion des émotions de son patient. En effet, les deux infirmières rencontrées, Camille et Élodie (nom d'emprunt), m'ont démontré l'importance qu'elles attachent à la relation soignant-soigné. Toutes les deux ont décrit les techniques de communication thérapeutique qu'elles peuvent mettre en place, des techniques différentes l'une de l'autre, et donc complémentaires. De plus, elles déterminent l'importance qu'elles accordent à l'expérience professionnelle et personnelle dans la gestion des émotions du patient.

Enfin, pour conclure, je retiendrai que l'accueil des émotions, l'écoute active et la présence sont les premiers outils pour établir une communication thérapeutique avec le patient. L'expérience, elle, permet de faciliter notre pratique professionnelle.

KEYWORDS : *emotions ; therapeutic communication ; experience ; caregiver-caretaker relationship*

MOTS CLÉS : *émotions ; communication thérapeutique ; expérience ; relation soignant-soigné*

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU PONTCHAILLOU
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019-2022