



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Les émotions du soignant

LANILIS Pauline

Formation infirmière



Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

**Travaux de fin d'études :  
Les émotions du soignant**

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 11 mai 2020**

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

## SOMMAIRE

1.	Introduction.....	1
1.1.	Introduction générale.....	1
1.2.	Présentation du cheminement à la question de départ.....	2
2.	Cadre conceptuel.....	5
2.1.	Les émotions.....	5
2.1.1.	Définition.....	5
2.1.2.	L'extériorisation.....	6
2.1.3.	Les mécanismes de défenses.....	7
2.2.	Le soignant.....	8
2.2.1.	Les mots des soignants.....	8
2.2.2.	Les différentes relations.....	9
2.2.3.	La communication.....	9
2.2.3.1.	Généralités.....	9
2.2.3.2.	La relation d'aide.....	10
2.2.3.3.	L'écoute active.....	10
2.2.3.4.	La reformulation.....	11
2.2.3.5.	La proxémie.....	11
2.3.	La gestion.....	12
2.3.1.	Définition.....	12
2.3.2.	Le contrôle des émotions.....	12
2.4.	Prendre soin.....	13
2.4.1.	Définition.....	13
2.4.2.	Le prendre soin (selon Walter Hesbeen).....	13
2.4.3.	Ce que dit la loi sur le prendre soin.....	15
3.	Méthodologie :.....	16
3.1.	Analyse des entretiens.....	17
3.1.1.	Introduction.....	17
3.1.2.	L'implication émotionnelle lors de situation de fin de vie.....	17
3.1.3.	Impact de l'émotion pendant le soin.....	19
3.1.4.	Impact de l'émotion après le soin.....	19
3.1.5.	Partage des expériences émotionnelles.....	20
3.1.6.	Les émotions à l'école.....	21
3.1.7.	La distance soignant-soigné.....	21
3.1.8.	Le prendre soin.....	22
4.	Discussion.....	23

4.1. Les émotions .....	23
4.2. La communication .....	24
4.3. Le prendre soin.....	25
5. Conclusion.....	26
6. Bibliographie :.....	28
7. Annexes.....	30

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma famille qui m'a accompagnée durant toute l'écriture de ce mémoire. Particulièrement ma maman, pour son soutien, ses conseils, ses corrections et son temps passé pour m'aider.

Je souhaite également remercier mon formateur référent de MIRSI pour avoir répondu à toutes mes questions durant cette troisième année ainsi que tous les professionnels de santé que j'ai pu interviewer ou rencontrer durant mes stages.

Aussi je souhaite remercier mes copines, qui m'ont écoutée, encouragée, motivée et surtout soutenue durant toute l'écriture de ce mémoire.

# 1. Introduction

## 1.1. Introduction générale

Afin d'obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier à l'issue de notre formation, il nous est demandé de rédiger un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI). Nous sommes libres quant au choix de notre sujet ; j'ai donc choisi de m'intéresser aux émotions et plus particulièrement à la gestion de celles-ci face aux bénéficiaires de soins.

Ce thème me tient particulièrement à cœur, car il est vrai qu'en tant qu'étudiante mais aussi en tant que future professionnelle, gérer mes émotions face à un patient n'est pas toujours simple. Il m'est arrivée à plusieurs reprises de sentir le stress monter ou la peur dans des situations de soins et d'avoir du mal à contrôler mes émotions.

Durant nos trois années de formation, nous sommes tous confrontés à des situations qui nous posent questions pendant les stages. Je me suis interrogée sur deux d'entre elles lors de mon stage de Semestre 5 à l'UMA (Unité de Médecine Ambulatoire) à l'hôpital Sud.

Pour débiter ce travail d'écriture, j'ai énoncé deux situations qui m'ont posé questions lors d'un stage. Elles m'ont permises d'avoir une base de travail et de façonner ma question de départ qui a guidé mes lectures et mes recherches.

Une fois ma question validée, j'ai extrait les principaux concepts qui s'en dégagent. J'ai défini le concept des émotions, du soignant, de la gestion et du prendre soin. Je me suis donc intéressée et documentée sur ces notions afin de construire mon cadre conceptuel. Ces recherches m'ont permises de mieux comprendre chaque partie de ma question de départ et m'ont guidée pour la suite de mon écrit.

Dès mon cadre théorique terminé, je suis passée à la partie méthodologie et analyse des entretiens. J'ai construit un outil qui m'a permis d'interviewer des infirmières et de mettre en avant le lien avec mon cadre conceptuel.

Par la suite, après retranscriptions des entretiens, j'ai analysé les propos des infirmières que j'ai mis en corrélation pour trouver des similitudes ou des points divergents. Grâce à ces analyses, j'ai pu interpréter les résultats à l'aide de mon cadre théorique.

Avant de conclure, j'ai fait une discussion qui met les résultats de l'analyse interprétative en relation avec ma question de départ. Cette partie me permet aussi de confronter mon avis

avec les propos des infirmières et ainsi de me positionner en tant que future professionnelle. Enfin, j'ai pu définir une nouvelle question de recherche.

J'ai donc fini par conclure mon travail. Dans cette dernière partie j'ai pu résumer et retracer la démarche de mes recherches jusqu'à ma nouvelle question de recherche. J'ai également détaillé ce que j'ai appris, et en quoi ce travail était enrichissant mais également les difficultés rencontrées et mon ressenti face à l'écriture de ce mémoire. Pour finir, j'ai précisé les apports que ce travail aura sur ma pratique professionnelle.

Vous trouverez ensuite, la bibliographie ainsi que les annexes et les retranscriptions des entretiens.

## 1.2. Présentation du cheminement à la question de départ.

Afin d'avoir un support pour ce travail, j'ai choisi de décrire deux situations qui m'ont interpellées lors d'un stage de troisième année.

### 1ère situation :

Monsieur P. est hospitalisé en unité de médecine ambulatoire (UMA) le mardi 10 septembre 2019 pour une perfusion d'Orencia. A son arrivée, le patient est examiné par un médecin ou un interne qui valide ou non la perfusion. Une fois l'accord du médecin donné l'infirmière la prépare et la pose. C'est un traitement de la polyarthrite rhumatoïde à faire passer en intraveineux en 30 minutes soit à un débit de 200 ml/h.

Au même moment, je rentre dans la chambre avec l'infirmière pour observer un soin que je n'avais encore jamais vu. Monsieur P a dû remarquer mon statut d'étudiante.

Trente minutes plus tard le produit est passé entièrement et la tubulure doit être rincée afin que le patient ait l'intégralité du traitement. Ceci prend 30 minutes supplémentaires et le patient commence à s'impatienter. Au bout d'une demi-heure, Mr P sonne. Je viens avec le chariot et de quoi le déperfusionner. Je commence par prendre sa tension au bras opposé à la perfusion comme on nous l'a appris. Or au niveau de son bras gauche il y a l'adaptable. Je me penche donc par-dessus pour atteindre son bras. Le patient s'énerve et m'ordonne de prendre sa tension sur l'autre bras. Sans rien dire je m'exécute. Une fois la tension prise j'allais la noter lorsque Mr P arrache le brassard et le jette à terre. Lorsque je me baisse pour le ramasser, il commence à décoller l'opside, je me dépêche de mettre mes gants pour lui enlever proprement son cathon. Il me demande alors "depuis combien de temps vous

travaillez ?” je lui réponds donc que je suis étudiante infirmière en 3ème année, ce à quoi il me répond “ ça se voit” et s’en va.

*Deux semaines plus tard* Monsieur F. est hospitalisé dans cette même unité (le mardi 17 septembre 2019) pour une perfusion de Remsima (500 mg).Le patient a été contacté la veille par l’infirmière de coordination afin de lui poser quelques questions (bilan sang, plaie, douleurs en urinant, fièvre...). A l’aide des réponses, l’interne valide ou non la perfusion en amont de la venue du patient. A son arrivée dans le service, le patient rencontre l’infirmière en tabacologie pour ses problèmes de tabagisme. Une fois la consultation terminée, je prends ses constantes, sa température et lui demande si il y a eu des changements au niveau des réponses données la veille. Ce n’était pas le cas. Je prépare donc le traitement et me rends dans la chambre du patient pour le perfuser. Monsieur P (situation précédente) se trouve dans la même chambre sur le fauteuil côté fenêtre. J’essaie de faire abstraction de cela et m’installe. Je cherche une veine au niveau du poignet de Monsieur F. et pique. A ce même moment j’aperçois Monsieur P qui passe sa tête à travers le rideau qui sépare les méridiennes. Je suis dans la veine mais n’arrive pas à monter le cathlon correctement. Une infirmière arrive à ce moment et allait prendre la main mais Monsieur F. demande à ce que je recommence car “je suis étudiante et doit m’entraîner”. Je repique donc un peu plus haut arrive à faire le bilan sang (Infliximabémie) (*taux résiduel de traitement dans le sang*) mais le garde veine ne passe pas. Je décide donc de passer la main à l’infirmière pour ne pas “m’acharner”. Je me sens observée et cela me stress. Dans le couloir, l’infirmière me dit que mon organisation était bien ainsi que le geste et qu’elle n’a pas d’explication sur le fait que le garde veine ne passait pas. Je pense avoir été distraite inconsciemment lors de mon soin.  
*(De plus lors de la venue de Monsieur P, deux semaine plus tard, je sens mon stress monter, j’ai “peur” d’avoir à faire à lui pour le soin)*

### 2ème situation :

Lundi 21 octobre 2019, Madame J. est hospitalisée pour une perfusion d’Octagam. A son arrivée, elle est vue par le Docteur S. qui donne son accord pour la perfusion. Je prépare donc son traitement et me rends dans sa chambre. Sa tension et sa température ont été prises auparavant. je demande alors à la patiente de quel côté elle préfère être perfusée et elle me tend son bras gauche. J’installe mon matériel de ce côté et pose le garrot au-dessus de son coude. J’ai pour habitude de demander aux patients où ils sont perfusés habituellement. Je repère une veine au-dessus du poignet, mets mes gants, désinfecte la peau et pique. La veine “roule”... j’essaie de la “récupérer” mais la patiente se plaint de douleur je retire donc le garrot et comprime le point de ponction avec une compresse.

La patiente me dit alors que c'est moi qui l'avait piquée lors de son dernier séjour il y a un mois et que je n'y étais pas arrivée non plus. J'essaie de ne pas en tenir compte et lui demande si je peux regarder au niveau de son bras droit si elle a des veines accessibles. Je pose le garrot et trouve une veine qui me semble bien. A ce moment, Madame J. me demande si je peux passer la main à une infirmière.

Je comprends la demande de la patiente mais je ressens de la frustration de ne pas avoir réussi à la perfuser et d'avoir fait mal à la patiente.

Je rassure la patiente et lui dit que ça ne me pose aucun problème qu'elle me dise son inquiétude. Je laisse le matériel dans la chambre et vais prévenir une infirmière de ma difficulté. Elle se rend donc dans la chambre de la patiente et je préfère rester dans la salle de soins pour ne pas être confrontée à mon échec.

Grâce à ces deux situations, je me suis interrogée sur la place de "l'échec" dans le soin. Que peut engendrer chez un soignant la non réussite d'un soin ? Et chez le patient ? Quelles émotions font surfaces face à cela ? Comment le soignant peut ou doit réagir face à un échec ? Comment le soignant arrive à gérer l'émotion qui surgit face au patient ? Et comment ne pas se laisser emporter par l'émotion ?

D'une manière plus générale, je me questionne sur ce qu'est une émotion ? Avons-nous tous le même ressenti des émotions ? Faisons nous face à celles-ci tous de la même manière ?

Toutes ces questions m'ont permises de construire ma question de départ : **en quoi la gestion des émotions du soignant peut avoir un impact dans le prendre soin ?**

Elle va me permettre d'axer mes recherches sur ce qu'est une émotion, comment elle est définie et ce qui la caractérise. Je vais également chercher comment il est possible de la ou les gérer en situation de soin. Le soignant étant un concept de ma question de départ, je vais chercher à comprendre ce qu'est un bon soignant. Et pour finir, je vais chercher à définir le prendre soin. Toutes ces recherches seront détaillées dans le cadre conceptuel.

## 2. Cadre conceptuel

### 2.1. Les émotions

#### 2.1.1. Définition

Une émotion est définie comme une réaction corporelle automatique et immédiate due à un stimulus extérieur. (D. Chernet, 2016, p.35) “Les émotions secondaires en plus de l’immédiateté de la réponse ont une durée plus longue.” (D. Chernet, 2016, p.38)

D’après la définition du dictionnaire Larousse, les émotions sont des “réactions affectives transitoires d’assez grande intensité, habituellement provoquées par une stimulation venue de l’environnement” (1971). Elles sont à différencier du sentiment qui est un “état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations.”

Etymologiquement, le mot émotion vient du latin *ex movere*. “Ex” qui signifie en dehors, et “movere” qui signifie s’ébranler, remuer, bouger, ébranler et agiter.

En effet, selon J. Regard il existe 4 phases lors d’une émotion : *la charge* qui est la mise en alerte d’un de nos cinq sens par un signal, une pensée, une émotion ou un souvenir. *L’agression* venant de l’extérieur est positive ou négative. Pour répondre à cette charge émotionnelle, notre corps va se modifier (sécrétion d’adrénaline, augmentation du tonus musculaire et/ou du rythme cardio-respiratoire...). Lorsque la tension aura atteint son apogée, il y aura la phase de *décharge* ou l’on va exploser de colère ou pleurer par exemple. La dernière phase de l’émotion est la *recupération* où le corps va reprendre ses esprits, se reposer, reprendre des forces.

Dans les années 70, Paul Ekman cite les émotions primaires : la joie, la colère, la peur, la tristesse, le dégoût, et la surprise. A ces six émotions primaires C. Izard (1991, p.36) en ajoute quatre qui sont l’intérêt et l’excitation, le mépris, la honte, et la culpabilité. Quant à lui, R. Plutchik construit une roue des émotions comprenant 8 émotions de base. Grâce à cette roue, il différencie les niveaux d’une émotion. (1991, p.37)

P. Ekman tout comme A. Damasio, une vingtaine d’année plus tard, (1995) définissent les émotions comme préprogrammées biologiquement, innées, de courte durée et déclenchées rapidement avec des expressions universelles et faciales distinctes chez l’Homme comme chez les primates.

Dans le dictionnaire Larousse,

La joie est définie comme : “Sentiment de plaisir, de bonheur intense caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée et éprouvé par quelqu’un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l’être.”

La colère est définie comme : “ État affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales”.

La peur est définie comme : “Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace” ou “Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation”.

La tristesse est défini comme :” État de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction”.

Le dégoût est défini comme : “Sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose ; fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un”.

La surprise est défini comme : “Déconcerter quelqu'un, l'étonner par un côté inattendu”.

### 2.1.2. L'extériorisation

“Les émotions font partie de la vie” (Olano, 2019, p.35). En effet, suite à une étude menée par P. Ekman, il en a déduit que les émotions de base sont universelles et innées. Chaque émotion aurait donc un signe distinctif pour être reconnue des autres. Par exemple, quelqu'un de triste sera renfermé sur lui-même, contrairement à quelqu'un d'heureux ; une personne en colère deviendra rouge, d'où l'expression “être rouge de colère”, un individu apeuré aura le teint livide...

Selon Dantzer, toutes ces émotions ressenties sont donc extériorisées et partagées avec le monde qui les entoure et sont induites par des stimuli tels que l'environnement, les individus qui nous entourent et entraînent des modifications sur notre comportement.

“Le vécu émotionnel est personnel. Nous réagissons différemment d'une journée à l'autre en fonction de notre sensibilité, fragilité, variabilité naturelle de l'humeur”. (D. Chernet, 2016, p.44)

Une émotion se manifeste à travers différentes étapes. Pour J. Regards, il y en a 4 alors que pour M. Olano il y a 5 étapes : l'expression, la motivation, la réaction corporelle, le sentiment et l'évaluation cognitive.

Les trois premières sont d'avantages extériorisées que les deux autres qui sont plus internes à l'individu. Les mimiques, l'expression du visage, le ton de voix sont les différents signes de l'expression qui décrivent l'émotion.

La motivation va inciter l'individu à passer à l'action et la réaction corporelle va provoquer différents signes qu'ont éveillé l'émotion (accélération du rythme cardiaque, papillon dans le ventre...). “Le sentiment et l'évaluation cognitive se situent à un niveau moins visible.”

L'émotion est un état bref et contextuel contrairement au sentiment qui est une "représentation consciente d'un état particulier". Le sentiment est plus diffus et durable.

Les émotions sont des réflexes naturels. Lorsque nous ressentons une émotion, nous savons pourquoi et à cause de qui et de quoi. Chaque individu ressent une émotion de façon différente.

Dans une situation de soin, il est important de reconnaître l'émotion que dégage le patient. Les expressions du visage ne sont pas les seuls indices qui permettent la reconnaissance d'une émotion, "les indices vocaux en particuliers jouent un rôle important" comme "la tonalité, la gamme de fréquences, l'intensité, le tempo" ainsi que le contexte. Donc le soignant ne va et ne doit pas s'arrêter au discours du patient.

Une fois la situation évaluée le soignant pourra adapter sa posture, son discours, son timbre de voix...

Toute situation que nous vivons provoque en nous une émotion. "Comme le dit David Le Breton (2004, p.37) "l'homme est relié au monde par un permanent tissu d'émotions et de sentiments. Il est en permanence affecté, touché par les événements".

### 2.1.3. Les mécanismes de défenses

Il y a plus de 100 ans, Freud découvre les mécanismes de défense et les nomme ainsi contrairement à Fauré qui les appelle mécanismes de protection. Les psychanalystes les définissent comme des barrières mises inconsciemment par l'être humain pour protéger son "moi".

Selon Lhote C., et Toledano A. (2000) il existe différents mécanismes de défense qu'ils définissent et classent suivant différentes catégories.

Les réactions des soignants face à une situation particulière peuvent être différentes.

Les deux auteurs définissent l'intellectualisation et la rationalisation comme l'utilisation d'un vocabulaire inadapté et incompréhensible pour le patient. Ainsi celui-ci ne peut exprimer son angoisse face au diagnostic et le soignant se cache derrière son savoir pour éviter tout dialogue et peut-être éviter toute question qui pourrait le mettre mal à l'aise.

L'esquive et l'activisme sont définis comme la fuite du soignant afin de ne pas faire face à son angoisse et à celle du patient. Il ne laisse pas de place au patient pour communiquer et exprimer ses inquiétudes. Selon le Docteur A. Toledano (2018) "le soignant reconnaît la souffrance psychique, mais ne supporte pas l'impuissance".

La projection est un mécanisme de défense du soignant visant à banaliser ses pensées ou émotions qu'il refuse en soi et donc voit le patient autrement qu'il ne l'est vraiment.

Les deux auteurs nomment comme mécanisme de défense l'évitement mais le définissent de deux façons distinctes. Pour l'un (C. Lhote) c'est une orientation de la discussion vers quelque chose de moins douloureux. Par exemple détourner l'attention du patient ou répondre à la question par une autre question d'un thème différent. Et pour l'autre, c'est l'objectivation du patient, c'est-à-dire que le soignant évite tout contact visuel et/ou auditif et réduit le patient à un numéro ou dossier.

L'écrivain C.Lhote définit l'isolation comme "une sorte d'anesthésie affective" (Lhote, 2000, p.11) où le soignant se crée un mur pour se protéger face au vécu difficile du patient.

Contradictoirement, dans le retrait apathique, le patient est démuné de toute sorte d'affection et subit les événements en se renfermant sur lui-même. Le soignant va alors essayer de rentrer en communication pour "compenser la passivité". Cela peut être vu comme de l'acharnement thérapeutique.

Le Docteur Toledano A. nomme davantage de mécanismes de défense : comme le mensonge, qui est un signe d'angoisse du soignant qui ne dit pas la vérité au patient en donnant de fausses informations. Un autre mécanisme s'en rapproche : la fausse réassurance ; le soignant optimise les résultats du patient afin de maintenir de l'espoir pour celui-ci.

Il désigne aussi l'identification projective, contraire de la banalisation, comme un rapprochement du soignant vers le patient pour finalement se mettre à sa place. Le soignant rentre alors dans une dimension affective très importante avec le patient.

## 2.2. Le soignant

Le dictionnaire en ligne Larousse définit le soignant comme un "personne qui donne des soins à quelqu'un."

### 2.2.1. Les mots des soignants

Le métier de soignant ne peut se faire "sans intention profonde" mais donne tellement de plaisir lorsqu'il est reconnu par un patient malgré la difficulté de la situation dans laquelle il

se trouve. L'intelligence de l'esprit et du cœur sont définis comme les valeurs qui nous animent dans le but de prendre soin.

Pour B. Retailleau, les valeurs sont importantes comme sur lesquelles on peut se référer en permanence. Elle retient huit valeurs fondamentales pour le respect et la bienveillance de la personne, individuellement et en équipe. Elles sont "entretenues en permanence par les échanges, par les discussions critiques périodiques que l'on a à leur propos et par les évaluations". Les huit valeurs sont : la bienveillance, la délicatesse, le respect, la générosité, la sensibilité, la politesse, l'humilité et la dignité.

### 2.2.2. Les différentes relations

La relation soignant-soigné se situe sur différents niveaux ; la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation d'aide (ou relation de soutien, de compréhension, de réassurance) et la relation thérapeutique. Cette relation permet un accompagnement de la personne soignée à vivre sa maladie et les conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Carl Rogers définit la relation d'aide comme une "relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie". Pour Damasio, "l'absence d'émotions empêche d'être vraiment relationnel" (1995, p.36)

Dans le cadre de leur rôle propre et selon l'article R-4311-5, les infirmiers doivent assurer une aide et un soutien psychologique aux patients. Cela a pour objectif d'aider la personne à traverser une épreuve, faire exprimer le vécu et obtenir un soulagement émotionnel, faire reconnaître ses difficultés et ressources au patient, et ensuite réadapter le projet de vie.

Pour C. Rogers, la relation d'aide doit être unique et en évolution constante, elle doit également être centrée sur la personne car celle-ci est la mieux placée pour connaître ses problèmes et les solutions qui lui conviennent. L'écoute active ainsi que la reformulation sont des outils permettant d'instaurer cette relation d'aide.

### 2.2.3. La communication

#### 2.2.3.1. Généralités

Etymologiquement le mot communication vient du latin *communicare* qui veut dire "mettre en commun". Pour échanger, l'information est transmise de l'émetteur au récepteur par le moyen d'un code. Néanmoins, il faut prendre en compte les données implicites comme

l'afflux d'une émotion par exemple. A la réception du message le sujet va réagir montrant ou non sa compréhension de l'information. Pour ne pas déshumaniser et dépersonnaliser le soin, il faut porter attention aux particularités de chaque patient. Pour ne pas altérer la communication avec un patient, différents paramètres sont à prendre en compte comme le vécu du patient, son origine socio-culturelle, sa personnalité, son état psychique mais aussi ses émotions qui peuvent interférer dans la communication entre deux individus. La capacité d'identifier ses propres émotions et de les utiliser au mieux va permettre de maintenir une capacité relationnelle avec autrui : c'est l'intelligence émotionnelle. Afin qu'il n'y ait pas de distorsion entre les deux protagonistes, il faut que ceux-ci soient au même degré émotionnel.

La communication tout comme les émotions ne passent pas uniquement par les mots. Comme le montre la roue de la communication, seulement 7% du message délivré passe par le langage verbal alors que le langage non-verbal représente plus de la moitié de cette roue (55%). Le reste est utilisé par le langage para-verbal (38%) - ton de la voix, tempo... Néanmoins des parasites peuvent interférer dans la communication et donc brouiller les transmissions d'information.

#### 2.2.3.2. La relation d'aide

La relation d'aide est une "rencontre avec une personne en difficulté (l'aidé) qui a posé une demande d'aide explicite ou implicite et un professionnel (l'aidant) formé à la pratique de la relation d'aide." C'est un entretien non directif, négocié par les deux parties et intégré au projet de soin. Pour mener un entretien constructif, le soignant doit mener l'entretien dans un endroit calme, avec un temps imparti et le signaler au patient. L'aidant va poser un objectif pour guider ce temps et à la fin il synthétisera et reformulera les propos du patient pour s'assurer de sa bonne compréhension. (C. Le Bihan, communication personnelle, 11 septembre 2018)

#### 2.2.3.3. L'écoute active

"L'écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer." C'est un processus actif et volontaire, qui permet au soignant de détecter le comportement corporel, les expressions faciales et vocales, les réactions physiologiques, l'apparence générale et le message verbal. Pour cela, le soignant doit renoncer à parler et avoir la volonté d'écouter, il doit être disponible affectivement et trouver la bonne distance. Il doit également accepter les silences. L'écoute

active a pour objectif de comprendre la personne, lui permettre de comprendre sa situation et l'inviter à agir. (C. Le Bihan, communication personnelle, 11 septembre 2018).

#### 2.2.3.4. La reformulation

La reformulation est une intervention de l'infirmier qui consiste à dire en d'autres termes, d'une manière plus explicite et plus concise, ce que la personne vient d'exprimer et obtenir ainsi sa validation. Selon Carl Rogers, il existe 5 types de reformulation :

- la reformulation reflet/écho : consiste à répéter ce que le patient vient de dire pour extraire du contenu communiqué, des sentiments des faits...
- la reformulation miroir : permet de mettre en mots ce que le soignant voit du patient.
- la reformulation renversement figure fond : incite le patient à restructurer le champ de sa pensée pour voir autrement sa propre perception. Cela va permettre de faire exprimer les non-dits, ou l'implicite.
- la reformulation clarification : permet de démêler le discours pour renvoyer au patient le sens de ce qu'il vient de dire.
- la reformulation synthèse : pour conclure la fin d'un entretien et permet au patient de s'assurer de la bonne compréhension du soignant. (C. Le Bihan, communication personnelle, 11 septembre 2018)

#### 2.2.3.5. La proxémie

Selon E. T. Hall la proxémie est définie comme "l'espace et les distances qui séparent deux personnes en situation de communication." Quatre distances de base ont été définies :

- L'espace intime correspond à une distance de 0 à 50 centimètres. Il est autorisé aux personnes très proches (familles, amis intimes).
- L'espace privé ou personnel qui est de 50 à 120 centimètres. Cette distance correspond à la distance idéale pour communiquer en société.
- L'espace social correspond à une distance de 120 à 350 centimètres. C'est la distance que deux personnes qui ne se connaissent pas utilisent pour communiquer.
- L'espace public est un espace de plus de 350 centimètres qui sépare une personne d'un groupe ou d'un auditoire. (Samson, G. communication personnelle, 12 février 2018)

## 2.3. La gestion

### 2.3.1. Définition

Action ou manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose ; période pendant laquelle quelqu'un gère une affaire.

### 2.3.2. Le contrôle des émotions

Selon J. Lawler contrôler ses émotions relève du champ professionnel de l'infirmière car ce métier provoque une activité émotionnelle intense.

Auparavant pour être une "bonne" infirmière il était essentiel d'avoir un contrôle de soi au niveau émotionnel et expression. Il était valorisé de savoir se détacher des situations. Pour les responsables de hier, les professionnels l'étaient si ils se montraient froids et guindés.

*Peut-être pour les protéger*, les "anciens soignants" avertissaient les nouveaux diplômés de garder une certaine proxémie avec le patient. Il ne faut ni s'impliquer, ni s'attacher au malade.

D'après l'étude menée par Benner et Wrubel (1988), l'implication des soignants est importante pour montrer l'intérêt qu'ils portent aux patients. Les infirmières acquiescent de la nécessité de l'émotion dans le prendre soin.

Pour l'infirmière interviewée, le fait de ressentir des émotions à la mort d'un patient est tout à fait légitime. Cela montre que les soignants s'intéressent vraiment au malade.

D'après J. Lawler la non réponse émotionnelle des soignants est une réponse en soi. Pour les infirmiers cela leur permet de faire face à une situation embarrassante. Mais ce manque de réaction peut empêcher le contact de s'établir entre deux individus.

Toutes les décisions que nous prenons, sont dues à une émotion ou un sentiment (p.40). Avec l'analyse transactionnelle, il faut se permettre de vivre ses propres ressentis émotionnels pour gérer ses émotions. Cela "nous permettra d'en parler, de ressentir tout en continuant de penser, de ressentir sans envahissement". Lorsque le soignant aura défini ce qui a déclenché l'émotion ou aider le patient à la trouver par lui-même, l'émotion sera plus facile à traiter. Cela va aider les deux individus " à relativiser l'émotion et à poursuivre la recherche de solution" (D. Chernet, 2016, p.41)

"L'émotion nous permet de nous adapter aux changements de notre environnement et aux enjeux de la relation, aux enjeux sociaux" (D. Chernet, 2016, p.43). Néanmoins, lorsque les émotions sont très fortes dans la relation entre deux personnes, celles-ci seront peu accessibles à la pensée, au travail cognitif.

## 2.4. Prendre soin

### 2.4.1. Définition

Selon W. Hesbeen, le prendre soin est défini comme porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière. "Prendre soin est un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un dans sa situation singulière.

### 2.4.2. Le prendre soin (selon Walter Hesbeen)

Un soignant peut faire des soins mais ne pas prendre soin. Pour walter Hesbeen, le prendre soin ne réside pas uniquement dans la bonne confection de geste technique, il faut également prendre en considération et se sentir concerné par l'autre, par sa situation, lui porter de l'intérêt et faire passer d'abord ses priorités. Afin d'optimiser cette prise en charge il est essentiel d'en discuter en équipe.

Un soignant pour prendre soin doit voir le malade dans sa globalité mais aussi se pencher sur chaque partie qui dysfonctionne. Par exemple les 14 besoins de Virginia Henderson permettent-ils de prendre soin d'une personne dans sa globalité ?

Abraham Maslow (psychologue Américain) analyse les besoins (physiologiques, psychosociaux, existentiels et spirituels) de l'homme dans les années 50 et les classe suivant 5 catégories : besoins de se réaliser, besoins d'estime et de considération, besoins d'appartenance, besoins de sécurité et besoins physiologiques.

Par la suite Virginia Henderson (infirmière) reprend ces besoins et les adapte aux personnes malades. C'est de là qu'est apparue sa théorie sur "les 14 besoins fondamentaux". Elle sert aux infirmiers de "base au recueil de données pour reconnaître les besoins de la personne, élaborer une démarche de soins et répondre à ses besoins en individualisant les soins" (M. Pitrat, 2005, p.6)

Prendre soin revient à additionner plusieurs compétences telles que les connaissances, l'habileté, le savoir être et l'intuition.

La notion de prendre soin est un ancien concept mais ne cesse de se réactualiser. (p37)

W. Hesbeen différencie le prendre soin (mission essentielle pour les métiers du soin) de "la prise en charge" qui a une "connotation objetisante et déresponsabilisante" (1997 p.36)

W. Hesbeen décrit le concept de prendre soin comme une valeur vers laquelle chaque soignant peut décider de s'orienter ou non, suivant ses idées ou son projet. Trois raisons justifient le choix du prendre soin comme concept. Les deux dernières m'intéressent particulièrement. Le prendre soin comme valeur donne une part de vivant à ce concept. En effet, c'est quelque chose auquel l'humain attrait. Le concept de prendre soin va encourager l'individu à le vivre, en lui donnant de l'importance dans sa dimension humaine.

Le prendre soin est un espace de liberté pour la réflexion. Il permet au soignant de ne pas être catégorisé dans un savoir. La notion de prendre soin permet de réfléchir sur les différentes manières d'améliorer et enrichir l'aide apportée à l'autre.

La santé publique et la santé individuelle sont intimement liées. La société doit prendre en soin l'individu en tant que tel, chaque personne doit apparaître individuellement au sein de la société.

Le prendre soin relève alors d'une question de santé publique définie selon l'OMS comme "la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif". La notion de prendre soin y est alors bien présente.

Tout le personnel de la santé à un but commun, prendre soin, peu importe leurs compétences, leur objectif reste le même.

Tout professionnel soignant ne peut être qualifié ainsi dès le début de sa carrière. Ce statut s'acquiert en fonction de l'intention humaine, le respect, et l'intention d'aider ou aider autrui. En effet, certains professionnels de la santé peuvent faire leur métier sans prendre soin. Leurs actes ne concernent que le corps objet sans prendre en compte la personne en elle-même : le corps sujet.

La population générale ressent une insatisfaction quant à la prise en soin de la singularité de chaque patient. "Dans les faits la population générale déplore un système de soins déficitaire sur le plan de l'attention particulière, de l'écoute, de la communication, de la relation à autrui". (Hesbeen, 1998, p.24)

Pour les patients, les prouesses en terme de soins techniques sont validées mais bien souvent au profit des soins relationnels. Ils déplorent un manque d'écoute, de singularité dans la prise en soin alors que ceux-ci devraient faire partie intégrante du soin.

Pour W. Hesbeen l'expression "faire du relationnel" pose question. Il voit là comme une disjonction entre le corps objet et le corps sujet. Pour lui, le soignant devrait "entrer en

relation” avec le patient, être en communion avec lui. Tout cela montre que le soin est une entité alliant technique, relationnel, éducation...

Tout lieu de soin à pour première intention le soin à la personne. Mais quelques-uns seulement ont posé les principes importants pour une bonne prise en soin : “l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de natures scientifiques et habiletés techniques”. (Hesbeen, 1998, p.47)

#### 2.4.3. Ce que dit la loi sur le prendre soin

De nombreux codes, lois, arrêtés, décrets régissent la profession d'infirmier.

Adopté en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme est définie par l'ONU comme un idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations. Elle est constituée de 30 articles qui sont “le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde”. (ONU, 1948, p.1)

C'est l'article 25 de cette déclaration qui évoque la notion de prendre soin.

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Le Code de la santé publique a été créé en 1953 et refondu par ordonnance en 2000.

Les articles du Code de la santé publique régissant la profession infirmier sont dans la section 1 de l'article R4311-1 à R4311-15. Ce code énonce les différents droits et devoirs des infirmiers.

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 Juillet 2009 permet la réorganisation du lien hôpital-domicile, avec une amélioration de l'accès aux soins grâce à la répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. La politique de prévention a été renforcée et les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées dans le but de rendre le système de santé plus efficace. L'ARS intervient sur différents domaines comme la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire. Elle organise aussi

l'offre de soins dans les cabinets libéraux, dans les établissements de santé ainsi que dans les structures médico-sociales. (Saliou, P. communication personnelle, 29 Janvier 2020)

Le Code de déontologie des infirmiers publié le 27 novembre 2016 par décret officiel régit l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers. Il est divisé en cinq sections : devoirs généraux, devoirs envers les patients, devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé, modalités d'exercice de la profession et règles relatives aux différents modes d'exercice. C'est dans la partie deux de ce code qu'est évoqué le concept de prendre soin : "Art. R.4312-10. L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient" (ordre national des infirmiers, 2016, p.7)

La section est divisée en plusieurs parties : Respect de l'intérêt du patient et du cadre d'exercice, non-discrimination, continuité des soins, information du patient, consentement du patient, coopération avec d'autres professionnels de santé, consentement du mineur et du majeur protégé, assistance à personne privée de liberté, assistance à personne maltraitée, prise en charge de la douleur, prise en charge de la fin de vie, participation ou promotion des activités de recherches, délivrance de certificats, attestations et autres documents, avantages injustifiés au patient. Toutes ces sous-parties rendent comptes des missions de l'infirmier dans le prendre soin du patient.

En 2018, le président de la République, Emmanuel Macron, ainsi que la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, ont présenté un projet de loi : Ma santé 2022. Celle-ci va entraîner des modifications sur notre système de santé dû au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de maladies chroniques, à l'évolution du numérique dans la santé et aux progrès technologiques et nouvelles thérapeutiques.

Ma santé 2022, s'appuiera sur trois axes principalement :

- Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain
- Créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients
- Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques

### 3. Méthodologie :

Afin d'étayer mes recherches sur les émotions et le prendre soin, je suis allée sur le terrain recueillir des témoignages d'infirmières concernant leur vécu en situation de soins. J'ai interrogé trois infirmières avec chacune leur parcours professionnel afin de balayer le champ émotionnel.

Le premier entretien s'est déroulé dans le service où travaillait l'infirmière et sur son temps de travail. Nous nous sommes installées dans un bureau clos. Néanmoins nous avons été dérangées quelques fois mais sans conséquence sur le bon déroulement de l'interview.

Le second entretien a été réalisé par visioconférence dans nos domiciles respectifs suite au confinement. L'infirmière était tout de même disponible pour répondre aux questions.

Auparavant, j'avais réalisé un entretien auprès d'une infirmière rencontrée lors d'un précédent stage, malheureusement il n'était pas assez exhaustif et ne permettait pas une analyse constructive. Pour autant l'entretien s'était déroulé dans le service et sur le temps de travail de l'infirmière. Celle-ci était disponible. Nous étions dans un bureau clos où nous n'avons pas été dérangées durant toute la durée de l'interview.

Les trois infirmières interrogées ont accepté l'enregistrement et ont été assurées de l'anonymat des retranscriptions.

J'ai construit mon guide d'entretien en fonction d'objectifs prédéfinis et me permettant de faire un lien avec mon cadre conceptuel. Pour cela, j'ai choisi de mener un entretien semi-directif avec des questions ouvertes pour encourager les infirmières à développer leurs propos.

### 3.1. Analyse des entretiens

#### 3.1.1. Introduction

L'analyse de ses entretiens m'a permis de faire ressortir 2 thèmes principaux : les émotions et leurs impacts sur le prendre soin. Le plan découle des réponses de l'entretien. Dans le but du secret professionnel et de l'anonymat des personnes interrogées, j'ai donné aux infirmières des prénoms différents : Marie est l'infirmière ayant travaillé en oncologie et Sophie celle ayant travaillé en réanimation-pédiatrique.

#### 3.1.2. L'implication émotionnelle lors de situation de fin de vie

Lorsque j'ai demandé aux deux infirmières si elles avaient déjà ressenti une émotion lors d'un soin, les deux ont répondu positivement. Elles ont toutes les deux fait "de l'accompagnement ou des soins de fin de vie" sur deux types de populations différentes. L'une en service de pneumologie et l'autre en réanimation pédiatrique. Les deux situations qui leurs sont venues à l'esprit en premier sont des situations où le patient décède et où elles sont émotionnellement impliquées dans la relation.

Du fait de leurs différents lieux d'exercices, l'accompagnement en fin de vie n'est pas le même.

Pour Sophie, la difficulté émotionnelle était liée à l'acharnement qu'elle pouvait fournir auprès d'un jeune pour le maintenir en vie : "tu t'acharnes, tu t'acharnes... tu fais du massage, tu sors tes grosses drogues de réanimation, tu défibrilles tu fais plein de choses... tu rends le patient à tes copines en disant "il est à peu près stable" et tu reviens le lendemain il est mort". Elle insiste sur la notion d'échec et sur la difficulté de faire face à ces situations tous les jours : "le plus dur dans l'émotion, c'est quand tu te bats pour que les gens vivent et ça ne marche pas, tu as l'impression de ne pas avoir été utile". Par la suite elle souligne de nouveau le fait de se battre pour la vie de patients en répétant ce mot trois fois et c'est ce qu'elle trouve « dur ».

Pour Marie ce qui à été difficile dans la situation qu'elle m'a racontée ça a été la gestion d'un conflit familial avec deux patients en fin de vie (un mari et sa femme) qu'elle a eu en soins à 2 ans d'intervalles. Marie a dû s'opposer aux souhaits des familles pour faire respecter le choix du patient. Il y a donc eu beaucoup "d'agressivité et de colère" venant de celles-ci, dues à la peur de la "perte d'un être proche". La distance soignant-soigné difficile à évaluer ainsi que l'implication personnelle l'ont mise en difficulté. Malgré tout cela, ça l'a aidé sur le plan de la réflexion et ça l'a aidée à être plus attentive sur sa prise en soin des patients et des familles.

Afin de répondre à plusieurs de ses questions Marie a passé un DU (diplôme universitaire) de soins palliatifs pour théoriser ce qui se dégageait des différentes situations vécues.

Lorsqu'elle travaillait dans le cabinet libéral de sa mère, Sophie m'a raconté contrairement à Marie une anecdote impliquant une autre émotion que la tristesse : "pour moi c'est une anecdote trop drôle", "c'était glauque au possible mais on a fait que rire avec ma mère"... Elle souligne aussi le fait de ne pas avoir de problème avec la mort mais sans savoir pourquoi "parce que ce sont des choses qui ne sont jamais simples".

L'émotion que décrit Sophie n'est pas de la joie comme on pourrait le penser car cette situation n'aspire pas un moment de bonheur intense éprouvé par Sophie satisfaite par un désir. L'émotion qui se dégage pourrait être de la surprise. Sophie a pu être étonnée par la situation. Effectivement, toutes les émotions auraient des signes différents afin qu'elles soient reconnus des autres. Ici, c'est un mélange de dérision qui est un mécanisme "qui consiste à minimiser, à prendre de la distance aux dépens du patient sur un mode ironique" (communication personnelle, 2018) et de surprise face à la situation inédite et non programmée.

Les propos de Sophie quant à sa facilité à faire face à la mort peuvent être décrit comme l'isolation. C'est un mécanisme de défense caractérisé comme "une sorte d'anesthésie

affective”. (Lhote, 2000, p.11). Ce mécanisme permet au soignant de prendre de la distance par rapport aux difficultés du patient et ainsi de se protéger.

### 3.1.3. Impact de l'émotion pendant le soin

Outre les situations de fin de vie, les émotions ont un impact dans le prendre soin en général. Avec certains patients parfois la relation ne passe pas : “c'est la rencontre des deux qui prend ou qui ne prend pas, c'est comme la mayonnaise parfois ça prend pas on sait pas pourquoi et des fois ça prend” ce qui a permis à Marie de se rendre compte que deux ou trois fois il lui était arrivé de faire de l'acte et de ne plus être dans la relation de soin. Elle a donc pu se reposer sur ses collègues et leur passer le relais, et c'est tout l'intérêt du travail d'équipe. Sophie n'a jamais mené d'actions en désaccord ou incohérente avec les souhaits du patient et de la famille et n'a “aucun souvenir de soins qui se sont mal passés”. Marie au contraire a eu à faire face à de l'agressivité venant d'une famille, mais celle-ci était sûrement liée au contexte de mort omniprésente et non dirigée vers les soignants, qui sont la soupape. Et dans ces cas-là, c'est vrai que ce sont les soignants qui portent toutes les émotions que la famille libère et qu'ils ne peuvent libérer avec leurs proches.

Comme vu dans la partie théorique Marie semblablement à W. Hesbeen différencie le prendre soin de la juste réalisation de l'acte. Pour eux, la prise en considération de l'autre occupe une place importante pour prendre soin de la personne. Il n'est pas possible de prendre soin sans se sentir concerné par l'autre, et sans faire passer ses besoins en priorité. Les actions mises en place sont intéressantes à discuter en équipe afin que celles-ci soient sur la même longueur d'onde.

### 3.1.4. Impact de l'émotion après le soin

Les difficultés rencontrées par Marie sur le plan émotionnel lui ont permis “de remettre la tête dans les bouquins et de comprendre un peu tout ce qui se joue sur le plan émotionnel, tout ce qui se joue sur les thèmes du deuil, tout ce qui se joue sur l'accompagnement tout ce qui est psycho aussi »

Après réflexion, Marie a compris l'importance de “travailler avec ce qu'on est”, notre histoire ainsi qu'avec l'histoire et la singularité de chaque patient.

Même si les infirmières interrogées n'ont eu que très peu de cours sur les émotions, grâce à leurs expériences elles ont compris que l'extériorisation des émotions en situation difficile était tout à fait fondée. Cela permet de créer du lien avec le patient qui se sent alors écouté

et intégré dans le soin. Le fait d'exprimer ses émotions, permet également aux soignants d'être écouté, et peut donner davantage d'importance au caractère difficile de la situation car c'est un métier éprouvant émotionnellement.

### 3.1.5. Partage des expériences émotionnelles

Les collègues de travail devenues "des copines" comme le dit Sophie leurs ont permis de construire une équipe soudée, malgré les difficultés du terrain, et nécessaire pour "limiter le burn-out infirmier" (Marie). Ensemble elles ont pu "sonner l'alarme" (Sophie) auprès de la cadre du service car "débrancher un bébé tous les jours, masser un bébé pour qu'il finisse par mourir, récupérer des enfants pour les dons d'organes, c'est lourd psychologiquement" et "on ne va pas bien !" (Sophie)

Les cadres conscientes du mal-être de leurs équipes ont mis en place un espace d'expression auprès d'une psychologue puis d'un psychiatre afin de "laisser des chances de pouvoir s'exprimer" et "être au clair avec ce que l'on est et nos propres émotions" (Marie) et ça leurs arrivait de "pleurer devant les copines" (Sophie). Durant les situations délicates, "une équipe soudée et qui s'écoute ça joue beaucoup" notamment "pour se soutenir" (Marie et Sophie) Malgré tout, Marie s'est rendue compte que les soignants qui disent ne pas avoir besoin de s'exprimer se sont créés une "carapace qui se durcit de plus en plus et qui ne leurs permettent plus d'exprimer et d'identifier ce qui peut se jouer dans les situations".

Le fait de faire "des débriefs sur tout ce qui étaient situations complexes" pour Marie a permis de "s'en libérer". Malheureusement pour Sophie certaines équipes auraient "plein de trucs à raconter" mais les moyens ne sont pas donnés à tout le monde pour s'exprimer et "laisser libérer la parole".

Communication signifie "mettre en commun" en latin. Les soignants, sont souvent sollicités pour mettre en commun leur ressenti ou vécu d'une situation, sans quoi les émotions vont prendre une place importante. Selon Bernard, F. et Musellec, H si celles-ci ne sont pas exprimées, la relation à l'autre risque d'être biaisée, la communication et l'écoute ne seront plus aussi productif.

La relation d'aide qui est normalement un entretien entre un patient dans le besoin et un soignant peut être détournée et s'appliquer entre soignants. Parfois l'intervention d'un professionnel peut être nécessaire afin d'évacuer les émotions accumulées lors de la journée. L'utilisation de moyens de communication comme l'écoute active ou la reformulation vont inciter les professionnels à se dévoiler comme appris durant la formation infirmière.

### 3.1.6. Les émotions à l'école

Lors de la formation infirmière il y a quelques années, les émotions n'étaient pas au programme. Les souvenirs de ce sujet, qu'ont les infirmières, remontent au cours de philosophie en terminale. Lors de leurs études, la communication de base dans la relation de soin est vaguement abordée mais pas assez approfondie pour Marie. Celle-ci trouve que la communication à l'autre manque d'approfondissement ainsi que les différentes techniques de communication comme la communication non-verbale par exemple. Même si l'école nous forme aux situations classiques, "certains outils manquent pour être armée face à certaines situations de soin" plus complexes. (Marie) "On a notre diplôme et après on approfondit", "on ne peut pas tout apprendre à l'école" selon Marie, mais pour elle ce qui lui manque c'est sûrement "l'expérimentation de ce qu'est un patient dans un lit". D'après elle, il est important de continuer à se former à l'aide de "bouquins" mais aussi de "rester ouvert, à l'écoute des nouvelles formations, des nouvelles techniques, des anciens infirmiers et des nouveaux par un échange productif". La maturité, l'expérience professionnelle et/ou personnelle va nous permettre d'évoluer, d'analyser et/ou réagir différemment.

Selon J. Lawler, avoir le contrôle de soi était primordial pour être une bonne infirmière. Le temps passe et les pratiques changent. Être émotionnellement affecté montre que le soignant se sent impacté par le soin, le patient, l'équipe... Aujourd'hui les émotions sont essentielles dans le domaine professionnel. Pour J. Lawler les contrôler augmenteraient les performances en terme de relation humaine, elles nous permettraient de prendre de bonnes décisions et également de mieux détecter les émotions présentes chez l'autre et donc d'y faire face.

P. Desrosiers reprend Mayer et Salovey pour définir l'intelligence émotionnelle comme une "habilité à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres". Cela nous permettrait de "gérer nos pensées ainsi que nos comportements" (Desrosiers, 2011). L'intelligence émotionnelle regroupe différentes compétences personnelles et sociales telles que la conscience de soi, l'autorégulation, la motivation et l'empathie. Comme dit précédemment, la communication passe par différents vecteurs, tels que la parole, la voix, l'intonation, ou encore le langage du corps.

### 3.1.7. La distance soignant-soigné

Sophie se demandait à quel moment la distance soignant-soigné est-elle dépassée ? Les deux infirmières interviewées sont sensiblement d'accord sur la difficulté à évaluer la juste distance entre le patient et le soignant lors d'une situation de soin. En effet "il faut laisser de

la distance” (Sophie) même si malgré tout il y a des patients avec qui les soignants sont plus proches. Marie a remarqué qu’exprimer ses émotions à un patient pouvait mettre de la distance mais elle a aussi appris à les maîtriser face à celui-ci, notamment face à de la tristesse et de l’agressivité.

Il existe différents niveaux dans la relation soignant-soigné. La relation thérapeutique permet de prendre en compte le patient dans sa globalité avec tous les individus proches qui l’entourent. Cette relation va permettre de construire un lien de confiance et d’accompagner le patient durant son hospitalisation. Il y a aussi la relation d’aide qui va permettre au soignant comme le dit C. Rogers d’aider un sujet à faire face à ses préoccupations.

E.T. Hall définit quatre distances de base à respecter lors de situation de communication en société. Lors d’entretiens d’aide c’est la distance privée ou sociale qui sont privilégiées.

Les deux infirmières que j’ai rencontrées ont été formées à l’époque où le contrôle émotionnel face à un patient devait être optimal. J. Lawler et Benner et Wrubel ont un avis divergeant quant à l’implication des soignants dans la relation soignant-soigné. La réaction émotionnelle est humaine face à tout type de situation qu’elle soit complexe ou non. La communication est primordiale dans le soin, cette “compétence relationnelle s’acquiert au même titre que la compétence technique”. (C. Carillo, p.27). Le soin repose alors sur un lien créé entre le soignant et le soigné entraînant une relation de confiance et permettant une discussion pertinente.

### 3.1.8. Le prendre soin

La définition du prendre soin selon les deux infirmières est sensiblement identique. Pour elles, pour prendre soin d’un patient il faut le prendre dans sa globalité avec son histoire, son conjoint, sa famille et sa fratrie. “Chaque patient est une personne à part entière” (Marie). Il mérite la considération et le regard du corps soignant. Pour Sophie “l’expression des gens est beaucoup plus parlante qu’une phrase”. Il est important de prendre le temps avec le patient, de le regarder, le laisser s’exprimer de façon verbale et non-verbale malheureusement le temps se fait de plus en plus rare dans les services. Au vue de la situation sanitaire exceptionnelle actuelle, prendre soin d’un patient ça va être aussi de proposer à sa femme de venir à l’hôpital lui rendre visite. En effet elle verbalise auprès de l’équipe le besoin d’accompagner son mari et celui-ci n’ira surement pas mieux psychologiquement sans visite. Avec ce geste, l’équipe a pris soin du patient mais aussi de son entourage proche.

Le but d’une équipe soignante est de prendre soin de ses patients, autant sur le plan physique que psychologique... que ceux-ci soient “contents” (de ce qu’ils mangent, qu’ils

soient confortablement installés...). “Il faut tout faire pour que leurs séjours se passent bien” (Sophie). Toutes ses petites attentions permettront aussi sûrement au patient une hospitalisation moins longue.

Pour les soignants, c’est important aussi que l’hospitalisation se passe bien... cela va jouer sur leur envie de se battre contre la maladie. Ils se sentent considérés en tant que personne et non comme un numéro dans un lit. Et lorsque la présence physique et psychique des soignants est effective, les patients “le sentent et n’hésite pas à le dire.” (Marie)

Prendre soin, ça veut aussi dire “être attentif à un collègue qui va pas bien”, car tout soignant à un moment de sa carrière peut être en difficulté. La richesse d’une équipe se traduit par la possibilité de “pouvoir discuter, refaire un point sur le plan émotionnel de la personne et aider” afin de “maintenir une activité sereine” car c’est épuisant de travailler avec une charge émotionnelle trop lourde et négative.

Le métier d’infirmière est un métier où “l’on voit et assiste à des choses très difficiles, on est présent auprès des patients à toutes les étapes de la vie”. C’est “un métier fantastique mais au prix d’une énergie et d’une gestion émotionnelle qui n’est pas simple, donc c’est important de savoir la gérer”. Pour le faire, “il faut trouver un vecteur ou des techniques de médiation”.

Les deux infirmières ont la même notion du prendre soin que Walter Hesbeen ou encore que Virginia Henderson. En effet, elles ont pour notion la prise en soin du patient dans sa globalité, avec ses besoins mais également ceux de la famille proche.

Le prendre soin peut également s’appliquer aux membres de l’équipe. En effet, le fait d’avoir ce concept comme valeur en soi, va encourager l’Homme à l’intégrer à son quotidien et donc le rendre vivant. Chaque individu peut avoir sa propre définition du prendre soin. Ce concept tend à la réflexion et à l’évolution des pratiques.

De nombreuses lois régissent tout de même la notion de prendre soin. Elles permettent de protéger tout individu en situation de soin.

## 4. Discussion

A présent, je vais confronter les pensées des auteurs et les avis des professionnelles avec mon point de vue et mon positionnement professionnel.

### 4.1. Les émotions

Les émotions ont une place beaucoup plus importante dans le soin que ce que je pensais.

Je rejoins les propos des infirmières quant à la difficulté des situations de fin de vie et de la singularité de chacune d'elles. Néanmoins je suis étonnée des propos d'une infirmière sur son rapport avec la mort. Je pense que le fait de n'y avoir été confrontée que très peu en stage ne me permet pas de comprendre sa situation.

Lors de l'analyse de la partie : implication émotionnelle des soignants les lois Leonetti et Claeys Leonetti manquaient pour compléter mon analyse car les situations proposées par les deux infirmières interviewées ont un rapport avec la fin de vie et les soins palliatifs. J'ai donc fait des recherches. Différentes lois encadrent les pratiques des soins palliatifs : la loi du 9 juin 1999, la loi Leonetti (22 avril 2005) et Claeys Leonetti (2 février 2016). Elles visent à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et font références aux droits des malades et à la fin de vie. Elles autorisent aussi les patients à refuser toute investigation ou thérapeutique. Les lois Leonetti et Claeys Leonetti interdisent l'obstination déraisonnable. Néanmoins ces lois autorisent l'administration d'un traitement antidouleur en phase terminale même si celui-ci entraîne un décès plus rapide. Lorsque le patient est inconscient, toute décision concernant la limitation ou l'arrêt d'un traitement doit être décidée en collégialité et après consultation de la personne de confiance. Les directives anticipées, si elles ont été rédigées par le patient et datent de moins de 3 ans, doivent être prises en considération dans le choix de la poursuite des soins.

Dans ces deux situations, l'impact de l'émotion ressenti peut avoir une incidence sur le reste de la prise en soin. Je pense donc que le travail en équipe prime dans ces situations afin de se soutenir ou être soutenu grâce à la collaboration professionnelle. Il est vrai que le métier d'infirmier est souvent qualifié de travail d'équipe. J'ai pu l'observer durant tous mes stages aussi bien en libéral qu'à l'hôpital. Les soignants peuvent avoir besoin d'aide pour réaliser un soin, réaliser une tâche administrative, ou encore surmonter une étape difficile. Par rapport à cela ce métier à pour moi un côté rassurant.

Pour ce qui est des situations de fin de vie, malgré un stage d'observation en soins palliatifs, je n'ai pas assez de recul pour me positionner quant à mes réactions. Néanmoins, je pense que d'y avoir été confrontée ne serait-ce qu'un petit peu en tant qu'étudiante va m'aider une fois diplômée dans la démarche à suivre.

#### 4.2. La communication

Beaucoup de "maux" passent par la communication. Pour moi, les soins relationnels sont aussi importants que les soins techniques. Ils peuvent permettre de comprendre le refus d'un patient ou son inquiétude. Comme le dit une infirmière, même si le temps se fait de plus en plus rare dans les services de soins, parfois "perdre" un peu de temps avec un patient va suffire pour en gagner par la suite. Si on prend le temps de l'écouter, de le laisser se libérer

de ses émotions et de comprendre sa demande, il sera probablement par la suite plus ouvert aux propositions de soins. Le fait d'étudier les soins relationnels durant la formation m'aura probablement donné quelques clés importantes pour la communication. Je suis en adéquation avec les propos de Marie sur l'importance de communiquer, d'expliquer son point de vue mais aussi d'écouter l'autre. Cela va permettre de créer un lien de confiance. Comme l'évoque la loi du 4 mars 2002 pour faire durer ce lien de confiance, les soignants doivent respecter les demandes des patients notamment en termes de connaissances et de décisions médicales. Cette loi a été promulguée pour les patients suite à une demande de revalorisation de leur statut. Elle permet de réglementer le secret médical partagé avec un proche (la personne de confiance) et de bénéficier d'informations claires et compréhensives pour les aider dans leurs choix.

Durant mes stages, il ne m'est jamais arrivée d'être confrontée à la colère d'une famille, cependant je comprends la réaction de Marie face à la situation expliquée précédemment. Il est difficile de toujours faire coïncider ses valeurs avec celles des patients, mais la communication permet d'écouter l'un et l'autre et de trouver un accord.

#### 4.3. Le prendre soin

Lors de l'entretien j'ai demandé aux infirmières de définir le prendre soin selon leur point de vue. Toutes les deux voient cette notion de façon similaire à Walter Hesbeen. Je suis également d'accord avec leurs visions. Pour moi le prendre soin serait de réussir à satisfaire le patient durant son séjour, autant sur le plan physique que psychologique. Effectivement, les habitudes du patient vont être bouleversées dues à la maladie, pour moi il est donc primordial de lui laisser le maximum d'autonomie suivant ses capacités et de lui laisser une place en tant qu'individu et non uniquement comme patient en le laissant s'exprimer, prendre ses décisions et l'encourager.

Une des infirmière m'a dit lors de l'entretien que "pour prendre soin d'un patient, il fallait d'abord prendre soin de soi". J'ai d'abord trouvé ça étonnant parce qu'on est là pour soigner les autres mais en y réfléchissant cette phrase prend tout son sens dans le métier d'infirmière. Même si on peut penser le contraire les patients remarquent bien souvent notre état émotionnel. J'ai plusieurs exemples pouvant l'illustrer : dans ma première situation de départ, le stress a pris le dessus et j'ai perdu le contrôle de mes gestes d'où probablement l'échec de la pose de perfusion. Le patient l'a sûrement ressenti et vu par mes gestes car il a essayé de me rassurer. Un autre exemple, lorsque je travaillais en EHPAD en tant qu'aide-soignante, je passais dans le couloir, perdue dans mes pensées et une résidente m'a stoppée pour me demander comment j'allais. Cela a donc confirmé le fait que les patients

voient les émotions qui se dégagent à travers un simple regard. (car nous portons des masques)

Ce travail de recherche m'a permis de trouver des pistes pour gérer mes émotions et celles du patient. J'espère en tant que future professionnelle continuer à développer cet aspect du prendre soin. De plus comme l'a dit Marie, c'est grâce à l'expérience qu'on apprend à gérer ses émotions face aux patients, donc je pense qu'en tant que future infirmière cela ne va pas toujours être facile, néanmoins grâce à ce mémoire j'ai pu faire un travail personnel. J'ai notamment essayé de distinguer mes différentes réactions face à plusieurs émotions en repensant à des situations rencontrées lors de mes stages. Les outils qui pourraient également m'aider à surmonter mes émotions pourraient être de trouver un vecteur tel que la méditation ou le sport.

Ces recherches m'ont permis de faire avancer ma question de départ car celle-ci était uniquement ciblée sur les émotions du soignant, or il est important de prendre en compte celles du patient également.

Ceci m'a donc amené à réfléchir sur ma question de départ. Plusieurs questions ont émergé telles que : quels bénéfices peut-on tirer de la gestion des émotions ? Est-ce que la prise en compte des émotions va permettre d'aider les soignants ? Est-ce qu'apprendre à identifier ses émotions peut aider à la communication ? Quelle est la place du patient face aux émotions du soignant ?

Grâce à ce questionnement, j'ai pu identifier ma question de recherche :

**En quoi l'accompagnement des émotions du soignant par des professionnels va permettre une prise en soin optimale?**

## 5. Conclusion

Pour conclure avec ce travail de recherches, après avoir identifié les deux situations qui m'ont posé questions lors de mes stages, j'ai pu définir ma question de départ qui a guidé toutes mes recherches grâce aux différentes notions. J'ai défini ces concepts puis élargit mes recherches afin d'enrichir mes connaissances. Ensuite j'ai construit un guide d'entretien qui m'a permis d'interroger trois infirmières afin d'avoir leur point de vue sur mon sujet. J'ai mis en relation leurs réponses avec mes recherches et me suis positionnée en tant que future professionnelle.

Grâce à ce travail de recherches, j'ai appris énormément sur les émotions en elles mêmes ce qui m'a permis de pouvoir les identifier pour moi et les patients. Je souhaite continuer à développer cet aspect du prendre soin indispensable aux soins relationnels.

J'ai trouvé intéressant dans ce travail le fait d'avoir un temps dédié pour interviewer des infirmières et discuter de leurs expériences et des difficultés qu'elles ont pu rencontrer tout au long de leur carrière, ce qu'elles ont pu ressentir face à certaines situations difficiles émotionnellement et la manière dont elles ont pu les gérer. Cela m'a permis de me rendre compte que les émotions sont indissociables dans le soin et qu'il est important d'apprendre à les maîtriser et de les partager en équipe quand cela devient trop difficile.

J'ai par contre rencontré beaucoup de difficultés dans l'écriture de ce mémoire car la syntaxe et l'orthographe ne sont pas mes points forts. J'ai dû redoubler d'attention quant à la rédaction et à la relecture de ces écrits.

La deuxième difficulté que j'ai rencontrée est liée au sujet, j'ai eu du mal à cerner mes recherches, je me suis beaucoup éparpillée au début, il n'a pas été facile pour moi de cibler mes recherche et conserver uniquement les informations importantes.

Néanmoins, j'ai pris plaisir à faire des recherches et lire sur un sujet qui m'intéresse particulièrement et que j'avais choisi.

## 6. Bibliographie :

### Ouvrage :

- Regard, J. (2012). Manuel de gestion des émotions (2<sup>e</sup> édition). Paris : Eyrolles.
- Hesbeen, W. (2017). La qualité du soin infirmier “de la réflexion éthique à une pratique de qualité” (3<sup>e</sup> édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (1998). La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante. (2<sup>e</sup> édition). Paris: Masson.
- Hesbeen, W. (1997). prendre soin à l'hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : InterEditions, Masson.
- Chernet, D. (2016). Coacher les émotions. Paris : Eyrolles.
- Bernard, F. Musellec, H. (2015). La communication dans le soin. Montrouge. Arnette.

### Article :

- Olano, M. (2019). Quand les émotions déraillent. Sciences humaines, 320, 34-57.
- Lhote, C. (2000). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants. Laennec, numéro 5, 10-13.

### Périodique :

- Hesbeen, W. (2011). Prendre soin et bienveillance. Perspective soignante, 42, 123-124.
- Pitrat, M. (2005). Les besoins: de Maslow à Virginia Henderson. Aides-soignantes, (2) ,6.
- Lawler; J. (2001). Apprendre à donner des soins au corps. Perspective soignante, 11, 38-63.
- Retailleau, B. (2015). La démarche éthique. Soins aides-soignantes, XXII(62), 9-17.

### Site internet :

- Emotion (s.d.). Dans dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>
- Gestion (s.d.). Dans le dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gestion/36853>
- Philippot, P. (2007). Emotion et psychothérapie. Repéré à <https://sites.uclouvain.be/ipsp/recherche/projets/FaceTales/Emot&PsychoT2Ch1.pdf>
- Toledano, A. (2018). Les mécanismes de défense des soignants. Repéré à <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- Santé publique. Dans dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à:

[https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9\\_publicue/90008](https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publicue/90008)

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. Repéré à

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm#s2n6>

- Organisation des Nations Unis. (1948). La Déclaration universelle des droits de l'homme. Repéré à

<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

- Ethique. (s.d.). Dans dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9thique/31389>

- Macron, E. (2018). Adoption du projet de loi Ma Santé 2022 par le Parlement. Repéré à

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/adoption-du-projet-de-loi-ma-sante-2022-par-le-parlement>

- Ordre national des infirmiers. (2016). Le code de déontologie des infirmiers. Repéré à

<https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>

- Ethique. (s.d.). Dans dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à:

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9thique/31389>

- Desrosiers, P. (2017). Qu'est-ce que l'intelligence émotionnelle? Repéré à

<http://pierrettedesrosiers.com/intelligence-emotionnelle/>

- LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. (1999). JORF n°132, 10 juin. Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&categorieLien=id>

- LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (2005). JORF n°95, 23 avril. Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

- LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. (2016). JORF n°0028, 3 février. Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>

- ARS. (2019). Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé. Repéré à

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

## 7. Annexes

Annexe I : Les 14 besoins de Virginia Henderson

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Entretien de Sophie

Annexe IV : Entretien de Marie

Annexe V : analyse des entretiens

## Annexe I : Les 14 besoins de Virginia Henderson

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Éliminer
4. Se mouvoir, maintenir une bonne posture
5. Dormir, se reposer
6. Se vêtir, se dévêtir
7. Maintenir la température du corps, dans les limites de la normale
8. Être propre, soigné, protéger ses téguments
9. Éviter les dangers physiques et psychologiques
10. Communiquer avec ses semblables. Exprimer ses besoins, ses émotions, ses craintes. Vivre sa sexualité
11. Agir selon ses valeurs et ses croyances ? Système de valeurs, culture. Convictions engagements. donner du sens à la situations vécue.
12. S'occuper en vue de se réaliser. Rechercher la reconnaissance, sentiment d'être utile, atteindre ses buts, manifester maîtrise et compétence.
13. Se récréer : s'adapter, se développer, se distraire
14. Apprendre : découvrir, se renseigner, être informé

## Annexe II : Guide d'entretien

- 1) Présentez-vous (depuis combien de temps êtes-vous infirmière ? Quel est votre parcours ? )
- 2) Avez-vous déjà ressenti une émotion lors d'un soin qui a compromis la relation avec le patient ? Si oui, pouvez-vous la raconter ?  
→ Raconter une anecdote afin d'avoir un support pour les questions suivantes
- 3) Pensez-vous qu'il est important d'exprimer ses émotions ? Pourquoi ? et dans quelle situation ?  
→ Identifier les besoins du soignant
- 4) Quel impact a eu le ressenti de l'émotion sur la prise en soin ?  
→ Identifier comment le soignant a géré la situation
- 5) Avez-vous eu lors de votre formation notion des émotions ?  
→ identifier comment le soignant s'est approprié cette notion durant sa carrière
- 6) Qu'est-ce que pour vous le prendre soin ?  
→ définir avec vos mots

### Annexe III : Entretien de Sophie

ESI : Mon sujet, c'est la gestion des émotions dans le prendre soin. Du coup, ma première question, c'est : est-ce que vous pouvez vous présenter ? Dans quels services avez-vous travaillé ?

IDE : Depuis que j'ai commencé à travailler ?

ESI : Oui !

IDE : J'ai fait la réa pédiatrique d'abord, après j'ai fait du libéral et des cliniques privées, les cliniques chirurgicales, des services de chirurgie. Je suis sortie du DE et j'ai fait mes 3 mois d'été en réa et après, j'ai fait trois ans en clinique et en libéral avec ma mère et j'avais même mes propres feuilles avec mon petit nom dessus. J'ai mon petit tampon d'infirmière libérale. Donc pendant ses 3 ans j'ai fait que de l'intérim de cliniques sur Brest et des remplacements de ma mère. Et pendant 8-10 mois, j'étais associée avec ma mère avec mon propre nom. Après, je suis retournée en réa pédiatrique. Après j'ai fait le centre René Fortin c'est l'EHPAD de l'hôpital, et après, je suis retournée en réa pédiatrique pendant sept ans. Et après j'ai dû faire cinq ans et demi de néonatal. Après, j'ai arrêté de travailler pendant un an et après, j'ai repris à mi-temps à l'hospitalisation ophtalmo. Et après, ils m'ont proposé le mi-temps de la consult ophtalmo et du coup, je suis passée à 75% après je suis passé à temps plein. Et donc, je crois que ça fait douze ans que je suis à la consult ophtalmo à peu près. Je suis dans ma douzième année.

ESI : Alors ma deuxième question : est-ce que tu as déjà ressenti une émotion lors d'un soin qui a compromis la relation avec le patient ?

IDE : Qui a compromis la relation avec le patient ?

ESI : oui ! Une émotion ressentie pendant un soin qui t'a marquée ?

IDE : Alors moi avec mon expérience de réanimation, il y en a plein parce qu'on a ... C'est pas forcément du soin, mais on a débranché les enfants en présence des parents, par exemple. On faisait des soins de fin de vie, donc forcément, j'en ai, j'en ai à la pelle. Mais après il y a des soins, quand tu dois faire un massage cardiaque, quand tu dois faire de l'adrénaline, quand tu as un arrêt cardiaque... C'est marquant pour soi ! Par contre le ressenti patients en général dans ces cas-là, il y en a pas trop. Mais au niveau des ... quand on débranchait les bébés, c'était plus une relation avec les parents qu'avec le patient. Donc, je ne sais pas trop ...

ESI : Est-ce que tu as une histoire en particulier qui t'a marquée ? qui t'a marqué plus qu'une autre ?

IDE : J'ai fait ça souvent en fait débrancher les bébés donc j'en ai plusieurs et elles se ressemblent toutes. Puisqu'on faisait toujours de la même manière... On poussait des drogues pour qu'ils s'endorment et puis, on le mettait dans les bras des parents et on enlevait le respirateur. Cette situation là je l'ai vécu plein de fois, avec des parents qui sont, qui sont prêts normalement, puisqu'on les a assez préparé. Après, je sais pas si on a eu des fins de vie, puisque ça aussi, c'est des moments forts où tu ne peux pas toujours être en accord avec le patient ou avec sa famille quand on débranche, quand on fait du soin palliatif, parce qu'on en a fait un petit peu aussi.

Faut que je te donne une anecdote plutôt ?

ESI : si tu en a une sinon... une histoire avec un patient, ou avec une famille peut être ?

IDE : Bah... moi, je n'ai pas eu de relation où ça a compromis la relation avec les gens fin les actions que j'ai menées c'était toujours en accord et en cohérence avec la famille. Pas en désaccord. Pas comme tu dis où ça ne s'est pas bien passé, quoi. J'ai pas de souvenir de soins qui se sont mal passés avec les gens... ou c'est, ou c'est parti en clash, ou les patients n'étaient pas d'accord. Tu vois ça j'ai pas. Si c'est vraiment en désaccord, ça j'ai pas quoi.

ESI : Et sinon un soin ou tu as ressenti une émotion toi ? Que ce soit bien ou pas bien.

IDE : Bah... il y en a plein parce que dans ces services-là, t'en a plein parce que ce qui est compliqué un peu tous les jours et... des moments difficiles quand tu réanimés et que la personne décède par exemple, que tu t'acharnes, tu t'acharnes, tu passes une journée pourrie, tu fais du massage, tu sors ton... tes grosses drogues de réanimation, tu défibrilles, tu vois, tu fais plein de choses, tu rends le patient, fin nous c'est des jeunes puisque c'est des moins de 15 ans, mais tu donnes le patient à tes copines en disant : "bon il est à peu près stable", puis tu viens le lendemain, il est mort. Et là tu te dis : "putain on a fait tout ça pour rien !" D'être fâchée contre la vie, parce que tu te dis : "On a essayé, on a essayé, on a essayé et puis tu y arrives pas quoi !" Donc c'est des émotions compliquées. Après, je sais que nous, quand on avait notre psychiatre qui venait, il nous faisait raconter ce genre de chose. Moi, j'ai suivi aussi, ça c'est plus perso, mais on était référente de certains enfants de réanimation, de bébés ou enfants. Et là, c'était un enfant parce que la petite fille avait 12 ou 16 mois et elle venait quasiment tout le temps depuis sa naissance. Et donc, quand ils

revenaient (la famille), il fallait que je sois là. Les parents disaient : "Sophie est où ? Elle travaille demain ?" "Oui", "vous lui dirai que Sarah est revenue", je me rappelle du prénom, pas du nom mais... et donc du coup, pendant deux ans au moins je l'avais tout le temps en charge et au bout d'un moment, forcément, les parents rentrent dans ta bulle personnelle, ce qui n'est pas bien. Mais c'est compliqué quand tu t'occupes tout le temps, tout le temps, tout le temps de la même petite fille, de ne pas entrer dans leurs bulles et que eux ils rentrent pas dans ta bulle. Et donc, voilà, ils étaient un peu trop attaché à l'infirmière qui prenait en charge leur fille. Et quand Sarah est décédée, j'étais en vacances et donc le papa a exigé qu'on m'appelle. Donc les filles ont dit : "elle est en congé". Et du coup, les filles ont fini par m'appeler quand même parce qu'il insistait lourdement. Et du coup, j'ai rappelé moi, mon chef de service, et ils avaient fait une cérémonie à la morgue de l'hôpital.

Et donc, j'ai appelé mon chef de service pour savoir qu'est-ce que je/on fais ? Parce qu'il avait demandé aussi que le professeur (mon chef) vienne aux obsèques. C'était une petite cérémonie privée mais... Et il avait demandé que Sophie soit prévenue pour venir aux obsèques. Et donc, je ne suis jamais allée à ce genre de chose. 'Fin... Il faut laisser de la distance et... Et puis, il faut aussi que nous, on se protège en tant que soignante que l'émotion, même si on a de l'émotion envers les gens que ça nous affecte pas personnellement. Que ça rentre pas dans ta propre personne, que ce soit que de l'émotion du boulot, et tu laisses ton émotion du boulot au boulot. Et finalement, à force de discuter avec mon chef de service qui trouvait aussi que ce n'était pas notre place et l'acharnement du papa : on est allé aux obsèques.

Du coup, je suis allée accompagnée de mon chef de service sur mes congés, c'était à la morgue de l'hôpital et... et je n'aurais pas pu faire mieux dans leur vie. Pour moi, c'était... Ils avaient dépassé les limites et j'ai peut-être dépassé aussi les limites pour qu'ils rentrent dans mon intérieur si tu veux. Dans ma vie personnelle un peu quelque part. Et du coup, je m'étais dit bah, j'ai un peu raté. Quoi... Pour qui... Qu'il reste pas sur : "Je remercie toutes les infirmières de la réa" tu vois pour que tout le monde soit englobé. Non là il voulait que Sophie absolument. Après c'est touchant ça veut dire que t'as aussi fait le job. Mais tu te dis elle est où la limite ? Après, c'était hyper... au niveau émotion c'était incroyable parce que du coup, il a dit au micro que j'étais là et, donc les gens se sont retournés, alors que sans moi, ils n'auraient pas traversé toutes ces épreuves de la même manière. C'est touchant. C'est le boulot quoi, je n'ai pas besoin d'être remercié pour quelque chose que je dois faire. Ça fait partie de mon travail. Mais le fait de mettre des infirmières référentes des bébés, à chaque fois que tu viens bosser tu as ce bébé. Donc au bout d'un moment... il était très particulier le papa et certaines disaient "j'en veux plus Sarah, j'en peux plus !" Donc moi ça allait il est exigeant, après il connaissait aussi la technicité des soins donc il devenait presque soignant, il connaissait la performance. Il savait très bien qu'il avait une qui était moins à l'aise que toi,

plus à l'aise que toi, il était capable d'évaluer les compétences et les capacités de chacune. Parce qu'il avait fréquenté tellement de réanimation. Et du coup, ça lui arrivait aussi de dire je veux plus que ça soit bidule et on disait : " non mais Monsieur, c'est pas comme ça que ça marche, c'est pas à la carte." Donc nous on fait une répartition en fonction de l'état de gravité des enfants et on met un bébé qui va mal et un bébé qui va bien pour que l'infirmière puisse être disponible avec le bébé qui va mal, si quelque chose se passe mal. Donc on équilibre pour chaque infirmière. Elles sont cinq, on équilibre les bébés en fonction de l'état des bébés et non en fonction de vos désirs. Donc, c'est vrai que là, niveau émotion c'était allé très loin.

ESI : Est-ce que tu penses que l'émotion que tu as ressentie a eu un impact sur la prise en charge après ?

IDE : Sur la façon de travailler ou des choses comme ça ?

ESI : Oui

IDE : Par exemple, un autre domaine d'émotion mais ça n'a rien à voir. Quand je faisais du libéral, j'en ai quand même fait beaucoup. En milieu rural parce que ce n'est pas l'hôpital et tout ça. C'est complètement différent, le libéral. J'ai eu beaucoup de décès donc j'étais jeune infirmière et j'ai fait beaucoup de toilette mortuaire parce que ça se faisait, parce que maintenant, ça a changé. Ça a évolué, tout ça. Mais quand je faisais IDE à domicile, ça fait 25 ans un truc comme ça... et ben c'est l'infirmière libérale qui faisait la toilette mortuaire, c'est à dire que je suis allée la nuit du 13 au 14 juillet par exemple. Ma mère m'a appelée pour me dire que la dame était décédée, et "sa fille attend que tu ailles faire la toilette mortuaire". J'étais avec mes potes au feu d'artifice. Je finis mon feu d'artifice et je vais après. Et j'avais déjà plus de problème avec la mort moi, je ne sais pas pourquoi. Parce que c'est des choses qui ne sont jamais simples. J'avais déjà, je m'étais déjà occupée de mes grands-parents morts sur leurs lit alors que je n'étais pas, je n'étais même pas étudiante en soins infirmiers. Et après le libéral, tu côtoies beaucoup la mort. Je ne sais pas, je n'ai aucun problème. Et du coup, j'en avais déjà pas. Et j'en ai tellement fait, des toilettes mortuaires, des fins de vie que du coup, j'en ai encore moins en fait. C'est-à-dire que ça ne me fait pas peur.

Je n'ai pas de problème avec la mort et j'ai une anecdote pourri, on a transporté un corps avec ma mère du lit sur la table de salle à manger parce que les gens étaient exposés chez eux, dans leurs salle à manger souvent, parce qu'il y avait très peu de lits médicalisés, et on ne le laissait pas dans le lit, parce que les chambres étaient trop petites pour faire chambre funéraire de maison. Donc, on les mettaient sur la table de la salle à manger et donc avec

ma mère on est tombées dans le couloir avec le mort. J'étais coincée avec le buste du monsieur sur mes jambes. Et c'était glauque au possible mais on a fait que rire avec ma mère et la femme était horrifiée. Alors moi, j'étais navrée parce que j'allais froisser la chemise blanche que j'avais mise nickel, bien mise et tout et je me suis dit "putain elle va être froissée la chemise". Comme quoi chacun son truc. Et j'ai dit à ma mère et à la dame : "aller chercher des hommes musclés" parce que le Monsieur faisait 90kg et il était sur mes jambes. Et donc, je dis "là vous allez chercher des bras pour que les deux petites gonzesses..." ma mère qui faisait 40 kilos et la mamie qui ne sait pas plus et donc elles sont allées chercher les voisins. Et puis, les messieurs ont soulevé les jambes pour que moi je puisse libérer mon corps qui était en dessous. Mais tu vois après c'est émotionnellement, c'est terrible, mais quand tu... encore en libéral, tu mets pas ta blouse. Mais moi quand j'étais en réa, j'avais l'impression que quand j'enlevais ma blouse, j'enlevais mes émotions de la journée. J'enlevais... 'fin tu mets ça quelque part dans l'arrière de ta tête parce que finalement, quand on discutait avec le psychiatre, il nous ramenait des vieux souvenirs qu'on croyait qu'on avait caché déjà au fond. Et tu te dis je mets mon mouchoir dessus, je ne raconte pas trop à la maison, sinon on va faire une dépression nerveuse avec ma journée, avec ma journée pourri. Et tu vois ma mère elle disait : "je crois que j'ai jamais raconté à ton père qu'on avait fait tombé le mort dans le couloir" parce que c'était... parce que pour les gens lambda c'est un truc abominable. Et pour moi, c'est une anecdote trop drôle. C'est con, alors qu'il est mort quand même le pauvre monsieur. Mais voilà... le fait de faire des réunions de soutien du personnel en réa, on s'est rendu compte que quand on enlève nos tenues, on a enlevé notre journée et on croyait qu'on avait digéré. Et lui, il avait tellement le don de mener son entretien qu'il arrivait à nous faire sortir des trucs d'il y a un an et demi, et on se disait "mais pourquoi ?" et donc il y a des filles qui se mettaient à pleurer en disant je sais pas si vous vous rappelez tel prénom de gamin parce que des fois tu travailles pas, et il y a des morts quand t'es pas là et que du coup, tu comprends même pas ce que l'équipe a vécu avant.

"Et (silence) non je pense que ce qui est le plus dur dans l'émotion, c'est quand tu te bats pour que les gens vivent et que ça ne marche pas. Tu as l'impression de pas avoir été utile. C'est un échec quoi ! Comme là je pense que les filles qui perdent un patient après l'avoir réanimé pendant 10-15 jours et qui meurent quand même c'est un échec quoi ! C'est super dur ça, c'est plus dur que d'être au combat tous les jours je pense. Tu te bats, tu te bats pour que les gens restent en vie et finalement les gens meurent quand même. Et ça c'est dur, ça c'est dur ! De masser parce que je me rappelle, moi, d'être à quatre pattes dans un lit à masser un gamin et que le médecin te dit : "tu arrêtes !" et toi tu as envie de continuer à masser. "Non, non, non, non, je n'arrête pas, je n'arrête pas, j'arrête pas" et il te dit : "Non !,

non, mais ça fait 20 minutes, une demi-heure, 40 minutes qu'on y est, c'est fini ! ” Et toi t'es là “mais non mais non, non.”

ESI : Peut-être que si je continue deux minutes...

IDE : Je pense que c'est plus l'échec de ne pas sauver les gens.

ESI : Du coup, tu as déjà plus ou moins répondu à la prochaine question. Mais est ce que, tu penses qu'il est important de parler de ses émotions, de les exprimer ?

IDE : Oui mais on ne nous donne pas les moyens ! Nous, quand je bossais en réa et que la cadre, parce qu'on a eu une nouvelle cadre, qui était beaucoup dans le bien-être de ses soignants parce qu'elle savait qu'on était dans un service difficile et qu'elle a vu que certaines étaient pas fraîches ou au bord de leurs limites. Et donc elle s'est dit : "je vais voir qu'est ce qui est possible sur l'hôpital pour essayer de vous soutenir". Donc on a eu une psychologue qu'on a trouvé nulle et elle nous a demandé qu'est-ce que vous en pensez ? Le courant passait pas. Après elle nous a dit on va faire venir un pédopsychiatre, "putain super un psychiatre"... et donc on se dit bon... on avait les mêmes à priori. Et puis, il était vieux je crois qu'il est décédé. Il faisait vieux avec ses cheveux gris, une espèce de nonchalance, mais c'est peut-être parce qu'il est psychiatre qu'il est comme ça, une espèce de nonchalance, de détachement. Et puis nous on venait sur notre temps de repos certaines quand on était vraiment, qu'on se disait : ça va pas trop autant que j'y aille, on verra bien. On n'était pas très motivées. Et en fait, c'est lui qui est très bon parce qu'on parlait de tout et de rien. Alors ça peut être par quelqu'un a commencé en disant : “bah hier j'ai débranché un bébé dans les bras de sa mère”. C'était notre quotidien. Elle racontait ça : “c'est la première fois que je faisais”. Et puis, je ne sais pas comment il rebondissait sur ces paroles, mais il arrivait à donner la parole à quelqu'un d'autre qui n'avait pas l'intention de parler. "Bah moi, j'en ai une autre". Et au fur et à mesure, je ne sais même pas comment il faisait parce que... on a jamais trop compris comment il arrivait à nous faire dévoiler et nous mettre à pleurer devant les copines alors que tu as quand même ta petite pudeur ton petit orgueil et à dire "moi, c'était il y a deux ans..." et donc on sortait toutes des trucs de derrière les fagots et on s'est dit : "comment il fait quoi ?", Mais tu vois là on faisait ça parce qu'on avait la cadre efficace, hyper proche de l'équipe et que je pense qu'il y a d'autres services... Tu vois, moi, je suis allée en ORL la semaine dernière faire ma petite remise à niveau d'infirmière d'hospitalisation et donc il y avait un Monsieur mourant avec sa femme et ses trois filles et donc Monsieur avait même pas 70 ans. Et alors on est rentrées dans la chambre voir si elle avait besoin de quelque chose, je trouve ça glauque parce qu'on est restées de longues minutes sans parler, à le regarder tout ça. Elles ont dit qu'elles n'avaient rien besoin. Et puis,

c'est pas mon service, mais j'avais envie de dire : "est ce que vous voulez un café ?". Je sais pas c'est un truc tout con, mais il fallait qu'elle descende du service, qu'elle aille au Relais H. On aurait pu leur donner un café de notre cafetière par exemple. Je n'étais pas là pour faire la zone, mais je me disais : "est ce qu'on leur a proposé un café ? Est-ce qu'on leur a proposé qu'on reste assis dans la chambre pour qu'elles aillent prendre l'air pour pas le laisser tout seul au cas où il rende son dernier souffle ?" Il y a plein de choses à mettre en place, mais là, y'a pas d'encadrement, c'était une faisant fonction, mais ces filles là en ORL elles ont des morts tout le temps. Ça claque de cancer de la gorge, de cancer du poumon, trachéotomisé, ils ont des chimiothérapies... bref c'est épouvantable. Et je sais pas s'il y a quelque chose là si tu as pas une cadre dynamique... Je pense que les filles avaient plein de trucs à raconter. Après il faut que l'équipe réclame aussi, tu vois nous on avait un peu sonné l'alarme en disant : "On ne va pas bien, débrancher un bébé tous les jours, masser un bébé pour qu'il finisse par mourir, récupérer des enfants pour les dons d'organes, c'est lourd psychologiquement "et après, c'est évident que c'était tellement lourd dans un service de pédiatrie, c'est beaucoup plus lourd psychologiquement, un service de pédiatrie que dans un service d'adulte. Mais il y a des services d'adultes... Elles ont régulièrement des trachéos qui font des hémorragies massives, qui font des gros bouchons, elles essaient de réanimer les gens elles n'y arrivent pas. Je pense que c'est un service, après il y en a beaucoup de toute jeune qui viennent de débarquer, mais à la limite elles pourraient presque être dégoûtées... C'est un service où il y aurait besoin, je pense que l'ORL fait partie des services les plus lourds de l'hôpital. L'onco aussi je ne sais pas si elles ont de l'aide du personnel. Mais, peut être que cette psychologue-là, j'espère pour les filles, peut être que cette psychologue fait aussi la thérapie du personnel ! J'espère bien. En tout cas, nous on a deux infirmières d'oncologie qu'on suit en ophtalmo. Elles sont rayonnantes, et c'est des soleils. Elles arrivent, elles ont les yeux abîmés tout ça, il y aurait de quoi déprimer. C'est des vrai rayons de soleil et elles disent : "non, mais vous allez guérir mes yeux parce que moi il faut que j'aille au boulot parce que moi, je vais pas laisser mes copines d'onco, toutes seules". Mais c'est aussi ce côté service tellement difficile que l'ambiance est hyper soudée. Et tu te dis : "Je ne peux pas être malade, mes copines ont besoin de moi" plus que mes patients, parce que c'est tellement lourd que l'équipe est obligée d'être soudée pour se soutenir. J'espère que dans les services d'onco et tout ça, ils ont... la gastro, parce que la gastro, ça, c'est très difficile aussi. Et j'espère qu'ils ont du soutien. Et là aussi, pourquoi il n'y a pas de soutien ? Mais moi, je pense que tout vient de... d'un... Il faut que la cadre écoute le ras le bol de l'équipe ou que l'équipe réclame aussi parce qu'on a le droit de le faire et que la cadre mette des outils. Si tu as pas une cadre dynamique qui écoute son personnel... Et puis après, quand tu as beaucoup d'arrêts aussi dans ton service, tu peux te dire : "pourquoi j'ai des arrêts ? Est-ce que c'est un mal-être général ? Ou est-ce vraiment que j'ai une

équipe de nanas qui ont une santé fragile, qui a mal au dos, elles ont mal ?” Mais des fois, quelqu'un qui a mal au dos c'est qu'elle en a plein le dos plutôt que mal au dos.

ESI : Après une autre question : est-ce que pendant ta formation d'infirmière tu avais eu des notions des émotions ? Des cours sur les émotions ?

IDE : J'ai aucun souvenir de ça, non... alors les émotions pour moi ça remonte au cours de philo ou on a travaillé un peu sur le thème de l'émotion tout ça en philo mais pas du tout pendant l'école d'infirmière.

ESI : Une dernière question : qu'est-ce que pour toi le prendre soin ?

IDE : Prendre soin ? Bah à l'hôpital moi je dirais que c'est forcément faire des soins mais en prenant en patient dans sa globalité, ce n'est pas se dire : «tiens comme disent les médecins et les chirurgiens surtout c'est un sein, un genou ou une prothèse de hanche». Pour moi prendre soin c'est que le patient il est là pour un petit moment et il faut tout faire pour que son séjour se passe bien. Prendre soin de lui en entier, c'est-à-dire qu'il soit content de ce qu'il a dans son assiette, qu'il soit content que la femme de ménage lui ait dit bonjour et raconté un truc en passant le balai, fin c'est tout, c'est un tout. Personne n'a envie de venir à l'hôpital, personne n'a envie d'être malade et qu'on pense à tout dans la globalité de la personne et pas qu'on se disent : «tiens j'ai une prise de sang dans la chambre 10». Et se dire : «tiens je viens pour vous faire la prise de sang, est ce que je vous dérange pas ?» Je trouve qu'on est trop dans le... je trouve qu'on est de plus en plus comme ça... en plus je pense que le dossier informatique avec l'ordinateur que tu amènes dans la chambre et que tu dis alors qu'est-ce que vous avez, et que tu es en train de pianoter sur ton ordinateur et puis tu dis «vous avez mal ?» il te répond «non» mais tu le regarde pas. Là j'ai trouvé bien en ORL, elle lui demande «est ce que vous avez mal ? Donnez-moi entre 0 et 10 votre douleur» et le monsieur il fait 2 (en grimaçant) et il grimace comme si il avait mal à 7 ou 8. Si tu regardes pas les gens, si tu prends pas soin des gens dans leur globalité, si tu fais juste ton travail d'infirmière et que... elle demandait au patient «vous avez mal ?» mais elle l'a jamais regardé, elle a demandé «vous voulez du dafalgan ? Non. Bah je vous en donne quand même au cas ou parce que je reviendrai pas avant un moment». Elle n'a pas regardé si son visage disait non avec une grimace parce que l'expression des gens est beaucoup plus parlante qu'une phrase. Ils te disent «oh ça va» parce qu'ils veulent pas t'embêter. Parce qu'est c'est une génération qui veut pas déranger. Et tu prends un peu de temps, mais on a plus beaucoup de temps à l'hôpital maintenant pour ça parce qu'on est pas assez nombreuse etc. Mais quand tu prends un peu le temps, il a dit qu'il avait pas mal mais en fait il fait des grimaces et des signes comme quoi il a mal. Et quand tu prends le temps il va te

dire c'est pas bon ce que je mange, je suis pas bien installé, une personne en soin palliatif en régime sans sel alors qu'il n'y a aucune raison... et tu vois toutes ses petites choses-là ce sont des aberrations donc c'est ça se dire qu'on ne prend pas soin du patient dans sa globalité. Et tu vois en oncologie, on a pas le droit... on est en confinement, il y a un virus mortel qui se promène, une femme de patient pleurait au téléphone et bah le service l'a appelé et lui as dit : «vous pouvez venir le voir» parce que je pense que dans les services difficiles ou ils bossent sur le prendre soin dans la globalité ils se sont dit que : «de toute manière ce monsieur n'irait pas mieux si sa femme ne vient pas» malgré le confinement, malgré la pathologie lourde et malgré le fait qu'il soit sûrement dans un secteur plus ou moins stérile. Et que si tu prends soin du patient au niveau thérapeutique : tu l'enfermes dans sa chambre stérile, tu lui fais ses transfusions, tu lui fais toutes ses perfs, ses machins tous ses gestes invasifs de la mort et tu te dis pas «faut que sa femme vienne aujourd'hui» et là il faut prendre soin de tout le monde. Comme quand tu es en pédiatrie tu dois prendre soin de papa maman que du bébé parce que ça fait partie de ça. Et pour moi c'est ça : prendre soin de quelqu'un c'est le prendre lui avec son conjoint, avec sa famille, avec la fratrie. Voilà, il faut savoir où est le secteur large du malade. Et qu'est ce qui est important pour lui, parce que quelquefois les patients peuvent aller trois fois mieux parce qu'ils ont enfreint les règles de base pour laisser venir sa femme. Donc pour moi c'est ça prendre soin, c'est une globalité du patient et de son entourage et de son confort pour que l'hospitalisation se passe le mieux possible et le moins longtemps possible aussi parce quand ils vont mieux psychologiquement, ils restent moins longtemps. Donc en économie de sécu comme dirait les grands politiciens ou les grands directeurs c'est aussi important. Ça coûte moins cher.

ESI : C'était ma dernière question, merci beaucoup.

## Annexe IV : Entretien de Marie

ESI : Alors, mon mémoire porte sur la gestion des émotions dans les soins et comment les gérer face aux patients. Est-ce que vous pouvez vous présenter ? Depuis combien de temps êtes-vous infirmière ? Et votre parcours ?

IDE : Je suis infirmière depuis 2003... décembre 2002. J'ai fait un an où j'ai fait des petits contrats, après je me suis engagée dans l'armée donc je suis dans l'armée depuis mars 2003. J'ai fait un an et demi à Robert Picqué en tant qu'infirmière en médecine cardio et pneumo et après mutation sur Brest, où j'ai fait 13 ans de médecine pneumo cardio gastro. Deux ans de médecine avec la diabéto et la dermato en plus. Et là, depuis 3 ans, depuis 2017, je suis en psychiatrie.

ESI : D'accord, alors, est ce que vous avez déjà ressenti une émotion lors d'un soin qui a compromis la relation avec le patient ?

IDE : Alors, qui a compromis la relation avec le patient ? Non, mais des émotions avec le patient ? Oui pour plusieurs situations de soins. On va prendre par ordre chronologique. (Silence) En début de carrière, parce que du coup j'étais jeune infirmière quand je suis arrivée en pneumo à Bordeaux, on faisait beaucoup d'onco et on faisait de l'accompagnement de fin de vie donc sur certaines situations oui il y avait les larmes qui montaient, qui montaient, on retenait. A l'époque, je retenais beaucoup mes émotions parce qu'on nous avait fait une formation en bon petit soldat, quand on mettait une blouse et une fois qu'on avait mis la blouse on retenait un peu nos émotions et on était un peu, pas des robots, mais en tout cas, comme si la blouse nous protégeait, et au fur et à mesure de mon expérience professionnelle, j'ai appris au fur et à mesure en fait à gérer mes émotions face aux patients, face à des situations complexes, que ce soit de la tristesse ou de l'agressivité, l'agressivité du patient parce que ça peut arriver aussi, du coup, nous aussi, on peut monter en agressivité dans la relation et... donc au fur et à mesure de l'expérience professionnelle, je dirais que j'ai appris à les identifier et à les exprimer. C'est-à-dire qu'au départ, je disais qu'il fallait tout retenir, rien exprimer et au fur et à mesure, j'ai appris à les exprimer aussi, ce qui, du coup, pouvait mettre une distance avec le patient au départ, quand on exprimait ou qu'on utilisait des techniques, qu'on apprend et du coup, on fait au feeling un peu au début parce que c'est pas tout écrit dans les bouquins. Et on fait, et à faire avec plus ce qu'on est, c'est-à-dire de comprendre qu'on est certes infirmière, mais qu'on est aussi infirmière avec notre propre histoire et avec ce qu'on est. Donc même nous en fait des fois, on peut être bien avec l'extérieur, donc ça arrive qu'on ait une journée compliquée où on est dans une période de vie ou nous-même, on est face à des choses compliquées et on se retrouve dans

la même situation avec le patient et il faut l'aider. Donc mettre la distance entre ce que l'on ressent et l'histoire du patient qui ne nous appartient pas, c'est sa propre histoire ce n'est pas la nôtre ; mais de là à dire que j'ai des émotions qui m'ont mise en difficulté...

ESI : oui c'est ça, ressenti, une émotion lors d'un soin qui aurait pu compromettre la relation, où ça a été compliqué après de continuer dans le soin. Un exemple peut être?

IDE : Alors j'ai un exemple... Là, c'était une patiente... Cet exemple-là... J'avais fait l'accompagnement de fin de vie son mari en onco, situation qui avait été complexe en fait, parce que c'est moi qui avait fait l'accompagnement de fin de vie son époux mais je revenais sur un congé. J'étais pas là à son début d'hospitalisation et je suis arrivée le week-end en fait où il commençait à montrer des signes de défaillances multi viscérales et que la fin de vie était proche et du coup, il avait fallu gérer un problème familial entre l'épouse et la belle famille qui ne s'entendaient pas. Et donc, j'avais une collègue qui elle sur le plan émotionnel avait beaucoup investi l'épouse et donc avait pris parti de l'épouse dans la situation en disant à son épouse, qu'elle interdirait l'accès à la chambre aux parents puisque l'épouse et les parents ne s'entendaient pas. Et moi arrivant sur ce fait et faisant le week-end, j'allais m'occuper de ce patient, j'ai dû dire à son épouse que je ne m'opposerai pas à ce que les parents viennent, que je ferai en fonction de ce que Monsieur voulait puisque c'était Monsieur qui était dans le lit et que c'était lui qui allait malheureusement décéder. Donc, je ferai en fonction de son choix, ce qui l'a amené à une énorme colère. Elle m'a renvoyé énormément d'agressivité et de colère, mais qui étaient liées à la peur de perdre son mari, elle était sous le choc... Donc, voilà, j'ai demandé à son époux et son époux m'a dit : "non, je veux voir mes parents avant de mourir". Donc, il a fallu que je m'arrange entre les deux, entre les parents et l'épouse pour qu'ils puissent accompagner au mieux l'époux jusqu'à la fin. Et on a pu échanger dans le week-end. Elle, elle avait trouvé très agressif au départ, le fait que je m'oppose et que je dise : "Bah non ! Je ne m'opposerai pas, en tant que soignant, je n'ai pas le droit de m'opposer à l'accès à la chambre à votre belle-mère et votre beau-père, votre mari veut !" Et donc en discutant tout au long du week-end elle s'est apaisée et elle avait compris du coup ce que moi je voulais et elle a compris aussi que c'était ce que son époux voulait. Et donc il est décédé en fin de week-end. Et malheureusement, cette patiente est revenue deux ans plus tard avec le même cancer au même endroit et... donc pareil, même situation. J'arrive pour prendre ma garde et donc toute l'équipe me dit : "tu la connais, tu l'as déjà vu tu connais cette patiente. On a eu son époux." Et puis voilà ça faisait deux ans j'avais soigné beaucoup de monde depuis. L'histoire que mes collègues me racontaient ne me parlait pas au départ. Et en même temps, je me disais quand je vais la voir, peut être que je vais remettre l'histoire en ordre. Et quand j'ai ouvert la porte de sa

chambre... je ne l'ai pas reconnue puisque physiquement, elle était diminuée forcément, la chimiothérapie avait fait ses effets, elle était amaigrie et avait perdu ses cheveux. Sur le coup, j'ai reconnu son regard, mais pas la personne tout de suite. Par contre, elle m'a reconnue tout de suite, donc j'avais à peine ouvert la porte qu'elle m'a dit: "Bonjour Solène." Et là, donc, dans ma tête, tout de suite, je me suis dit : faut pas que je lui montre que moi, je ne l'ai pas reconnue, sachant qu'elle elle venait juste de me reconnaître. Et en plus, elle m'accueillait avec un grand sourire. "C'est vous qui allez-vous occuper de moi ?" Donc voilà. Et en l'espace de 1 minute, le temps que j'ouvre cette porte et que j'aille vers elle, j'avais rembobiné tout le film de ce qui s'était passé avec son époux et j'avais remis tout dans l'ordre. Et du coup, j'ai eu énormément de difficulté à m'occuper de cette patiente. Je m'en suis occupée jusqu'au bout, elle n'est pas décédée avec moi, elle est décédée avec mon collègue de nuit, mais j'étais auprès d'elle et je l'ai soignée quasiment jusqu'au bout, mais avec une relation qui était très compliquée sur le plan émotionnel. Même pour moi, même après le décès de cette patiente, c'était compliqué pour moi parce qu'elle me renvoyait énormément de choses dans sa situation, peut-être par rapport à l'âge, puisqu'elle était jeune, elle avait des jeunes enfants. Pas envie de mourir, tout simplement. 'Fin personne n'a envie de mourir. Mais voilà une colère contenue, mais en même temps exprimée. Et comme j'avais vécu l'accompagnement avec elle de la fin de vie de son époux, il y avait eu des histoires entre eux. En fait, il y avait eu un problème dans le couple à une époque qui s'était rapprochée, et puis c'était pile poil le moment où il était tombé malade et où il était décédé. Il y avait toute une histoire en dessous et donc elle était dans un questionnement... c'était même pas religieux... 'fin si c'était religieux, c'est à dire elle savait pas, elle se posait énormément de questions sur l'au-delà et "est ce qu'il allait l'accueillir en fait ? Est-ce-que ce qu'elle avait fait pour lui en fin de vie faisait que lui l'attendrait de l'autre côté ? "

ESI : Ah oui d'accord, et c'est des questions qu'elle vous posait ?

IDE : Il y avait ces questions-là, et en même temps, il y avait toutes les questions du corps, c'est à dire en tant que femme, elle se voyait forcément diminuée. On l'avait connue, en pleine santé, c'était une femme qui était très coquette et voilà. Donc en effet miroir je pense qu'elle m'a, pas que moi toute l'équipe, je pense. Le fait qu'on ait suivi son mari, puis elle. Et on s'est retrouvé pareil dans la même dynamique, c'est à dire que sa sœur, les derniers jours, voulait bloquer l'accès à la chambre. Donc on s'était retrouvé dans la même dynamique qu'auparavant, où elle bloquait la chambre pour ses beaux-parents. Et là, on se retrouvait avec sa sœur, qui était en colère, qui comprenait pas que sa sœur allait décéder et qui, du coup, voulait bloquer la chambre aux enfants fin voilà. Donc pareil, on était face à de l'agressivité, mais du coup, ça m'a demandé beaucoup de réflexion personnelle.

Pourquoi cette situation me mettait en difficulté ? Pourquoi cette relation ? Parce que du coup, j'ai essayé quand même de garder ma distance soignant-soigné. Mais c'est toujours un curseur qui est difficile à évaluer parce qu'il y a des situations qui nous touchent. Des fois, on arrive à comprendre pourquoi, d'autres on arrive un peu moins à dire pourquoi. Donc cette situation sur le plan émotionnel, m'a mise en difficulté. Elle peut être pas tant que ça, parce que... parce qu'on a réussi, peut être a échanger, j'ai passé de longs moments à discuter avec elle, on éludait la question de l'accompagnement de son époux parce qu'on est en train de l'accompagner elle. Mais ce qui était intéressant dans cette situation, parce que c'est celle qui me vient en premier, c'est que pour moi, en tout cas ça m'a apporté sur le plan réflexion.

ESI : Oui, pour vous après, personnellement...

IDE : ... Personnellement pour aussi d'autres situations d'accompagnement en fin de vie, j'étais peut être plus attentive à ce que je faisais peut être déjà avant, mais encore plus du moins (silence) sur les patients, les patients ou les familles, qui étaient dans la colère ou l'agressivité. Parce qu'on pouvait... au départ on le prend pour soi en tant que soignant. Parce que ça arrive, que ce soit le patient. Mais quand c'est la famille qui explose et qui a besoin d'avoir une soupape et la soupape c'est les soignants qui sont là, ou l'infirmière qui est là dans la chambre et dans la situation un peu extraordinaire. Et dans ces cas-là, c'est vrai que c'est un peu nous soignants qui portons toutes ces émotions qu'ils libèrent et qui peut être se permettent aussi de libérer avec les soignants parce qu'ils ne peuvent pas se permettre de libérer avec des proches. Donc, on fait un peu plus ce tiers. Ce qui m'a permis de remettre la tête dans les bouquins et de comprendre un peu tout ce qui se joue sur le plan émotionnel, tout ce qui joue sur les thèmes de deuil, tout ce qui joue sur l'accompagnement tout ce qui est psycho aussi parce que du coup, tous les enjeux psycho qui peuvent aussi resurgir chez le patient, mais chez nous aussi en tant que soignant. Donc voilà pour la situation. Et après, les situations qui peuvent mettre en difficulté... après j'ai fait beaucoup d'accompagnement en fin de vie, j'ai eu un DU de soins palliatifs que j'ai passé. Donc, j'ai demandé à passer le DU justement face à toutes ces situations là parce que je voulais un peu théoriser et comprendre sur le plan théorique ce qui se passait. Et puis, pour pouvoir avoir plus d'assise professionnelle et après, ce qui peut mettre en difficulté c'est l'agressivité. Je pense qu'en tant que soignant, nous on se positionne dans le soin. C'est à dire que quand on rentre dans la chambre, on se positionne toujours dans les actes soignants, et des fois, à trop vouloir être soignant ou trop vouloir bien faire comme nous on voudrait des fois, malheureusement, on impose un peu aux patients et même à la famille ce qui peut être vécu comme quelque chose d'agressif pour eux, parce que ce n'est pas parce

qu'ils sont patients, c'est pas parce qu'ils sont dans un lit et qu'ils ont une maladie, qu'on leur enlève leur capacité de dire non, leur capacité de dire : "Bah non moi je veux pas, je refuse, je veux plus ça. Laissez-moi tranquille. Je veux pas ça". C'est vrai qu'on peut avoir des élans, un peu d'agressivité et du coup, on peut un peu être décontenancé. Et dans les échanges d'équipes, j'ai toujours trouvé très important les échanges d'équipes, parce que, parce que justement, un-une collègue peut être mis en difficulté, j'ai un autre exemple, une collègue qui un week-end avait forcé, dans l'idéal du soin il fallait qu'elle se lève un peu parce qu'elle était tout le temps alitée et elle pouvait se lever. Et ma collègue avait dit: "Vous pouvez vous levez, vous allez vous lever! Parce que c'est mieux pour vous, pour l'état cutané ou pour la prévention d'escarre. Même si vous vous levez pas longtemps vous vous levez et donc elle l'a quasiment levée de force puisque la patiente ne voulait pas se lever. Et donc, le lundi, elle était en colère. Elle n'était pas bien parce qu'elle n'était pas bien la situation, parce qu'elle avait bien senti qu'elle avait été agressive dans son soin en lui imposant de se lever alors que la patiente ne voulait pas et en reprenant tranquillement avec elle, j'ai dit : "bah oui, parce qu'en fait, elle a fait son désir à elle, tu as fait, ce que tu désirais en tant que soignante". En fait elle a dit : "il faut vous lever parce que c'est bien", mais au final, elle n'a pas écouté ce que la patiente voulait, c'est-à-dire que la patiente ne voulait pas se lever point. Après, c'est toujours la difficulté dans le soin entre le bon soin et le soin à la personne et au moment où il est le plus adapté, on va dire. Voilà.

ESI : Et est-ce que l'impact, l'émotion que vous avez ressenti du coup le fait d'avoir cette distance avec la personne. Est-ce que ça a eu un impact sur la prise en soin après? Est-ce que vous avez réussi à passer au-dessus ou est-ce que pendant toute la durée de l'hospitalisation c'est resté compliqué avec cette patiente?

IDE : Je dirais que... il y avait des moments où c'était difficile. Après, pas de là à passer la main parce que je sentais que je pouvais... Ça pouvait en tout cas générer chez moi quand je sortais de la chambre ou en fin de journée mon côté assez lourd ou le bagage était un peu compliqué, rentrer dans cette chambre. Des fois c'était un peu compliqué et en même temps, je ne me voyais pas faire autrement parce que la relation était instaurée. Et donc, du coup, je ne voyais pas passer la main. Après, ça m'est arrivé sur certaines situations avec d'autre patient de passer la main, par exemple, d'être en colère ou de dire que je peux plus. Si je rentre dans la chambre, c'est à dire je pouvais rentrer dans la chambre et faire le soin, c'est à dire poser la perf', surveiller les constantes, délivrer les médicaments, faire de l'acte je pouvais faire, mais du coup, j'avais un biais qui faisait que dans la relation au patient, il y avait une distance où il y avait quelque chose qui ne passait pas, un feeling qui faisait que ça ne le faisait pas.

ESI : Peut-être ressenti par le patient aussi du coup?

IDE : Voilà, et je pense que, quand c'est comme ça, qu'on sent en fait qu'on est que dans de l'acte et qu'on est plus dans la relation de soins et quand c'est possible. Après, le monde idéal n'existe pas. Après, on arrive à trouver des biais avec des collègues et de toute ma carrière je pense que ça m'est arrivé une ou deux fois d'avoir... de sortir la chambre et me dire : "là non, c'est pas possible". Le prochain soin c'est toi qui va le faire, parce que je ne suis pas dans le soin. C'est pas bon pour lui, ce n'est pas bon pour moi. Et donc, du coup... et donc de pouvoir dire après, je pense que c'est important de pouvoir... C'est toujours la difficulté. C'est à dire qu'il faut que les collègues entendent aussi que ce que je peux faire les soins, qui vous répond, "tu peux faire de l'acte t'es pas obligé d'être dans le soin relationnel non plus", mais en même temps, ce n'est pas faisable. Moi, je vois, j'entends pas le soin comme ça.

ESI : Le relationnel a quand même une grande part pour ne pas le prendre en compte dans le soin. Est-ce que vous pensez que cette patiente-là a ressenti qu'il n'y avait pas un frein, mais une difficulté pour vous ? Ou est-ce que la relation pour elle était...

IDE : Je pense que si, il me semble même qu'elle a dû me le dire parce qu'il y avait une fois où j'ai aidé à la toilette dans la salle de bains et on s'est retrouvées... elle s'est levée pour que je lui fasse le dos et donc elle était face au miroir et donc j'étais derrière elle, donc on était toutes les deux à se regarder dans le miroir parce qu'elle me voyait du coup. Elle se voyait et elle me voyait derrière elle, dans le miroir et donc dans nos regards du coup, il y a beaucoup de choses qui se sont échangées. Et puis le fait de me voir dans le miroir, mais en même temps ne pas être face à moi. Elle a pu dire que c'est compliqué aussi, ça a l'air d'être compliqué aussi pour vous ? Oui, c'est là que j'ai dit oui, parce qu'il y a des patients, même si on est soignant, même si on met la distance, il y a des patients avec qui on s'attache. On ne sait pas pourquoi et parce qu'il y a quelque chose qui se crée. Et donc, du coup, c'est compliqué. D'autant plus quand la personne est déjà dans un questionnement et dans une difficulté. En tout cas, dans une angoisse importante dans comment elle est, comment allait être sa fin de vie, comme si on allait, si on allait tenir et l'accompagner jusqu'au bout. C'était surtout sa question, c'était est ce que le fait qu'on soit proche ou qu'elle ait investi autant les soignants, est ce qu'on allait être capable de pouvoir l'aider jusqu'au bout ? D'être dans le bon soin entre guillemets ? Je pense après qu'il y a avec certains patients avec qui c'est possible, d'autres où il y a des choses qui s'échangent et qui ne sont pas dans le parler. Ils sont peut-être plus dans le non-verbal, mais ce n'est pas donné tout le temps. Après, je pense qu'il y a l'expérience qui fait qu'on peut peut-être se saisir des instants avec certains patients ou on peut se permettre de l'exprimer. D'autres

patients plus fermés ou qui n'ont jamais eu l'habitude de mettre des mots sur leurs émotions... La thématique est hyper intéressante parce que les émotions chez les soignants, on n'en parlait pas il y a quelques années. Ce que j'ai dit sur la présentation quand j'ai fait mon école infirmière. Les émotions. Je n'ai jamais eu un cours sur les émotions. Oui, la relation soignant-soigné c'est la relation soignant-soigné. Sauf que la relation soignant-soigné quand on y réfléchit, c'est quand même très abstrait. Ça se fait. Ça ne se fait pas. Pourquoi il y a des contres transferts ? Pourquoi il y a des contres attitudes ? On est humain avant tout. Mais même si on est infirmière et qu'on a une belle blouse et qu'on est empreint de bons soins ; ça ne change pas le fait qu'on est humain et qu'il y a des choses qui se passent et qui ne sont pas forcément palpables. Et dans le champ émotionnel on est exactement dans le même registre, c'est à dire que dans le champ émotionnel, il y a des choses qui se passent. On ne sait pas toujours pourquoi. Et après, ce que je trouve bien, c'est qu'on le fait de plus en plus. On l'aborde de plus en plus.

ESI : Ce que j'avais vu dans des écrits c'est que pendant les études d'infirmière, on mettait la blouse blanche et on devait se guinder. Et maintenant, on en parle de plus en plus. La relation soignant-soigné, qu'il faut installer, une relation de confiance ; et tout ça on l'évoque de plus en plus à l'école.

IDE : ... et on l'évoque de plus en plus dans le sens travailler avec ce qu'on est. Alors qu'avant, on devait toutes finir sur un peu le même schéma, c'est à dire le soin, les bons soins : c'est ça. Les bons actes techniques : c'est ça. La bonne relation et la bonne distance : c'est ça. Or, maintenant, on évolue et on dit bien que chaque infirmier travaille avec ce qu'il est et ce qui fait aussi qu'on oriente, qu'on aide plus les jeunes infirmiers à s'orienter vers ce qu'ils aiment.

ESI : Faire plus attention aux patients et à leurs besoins...

IDE : et aussi faire plus attention au choix de leur spécialité. C'est à dire qu'il y a des infirmières faites pour faire de la psy au départ ou toute leur carrière. Des infirmiers qui sont faits pour faire du soin technique et qui changent. Voilà c'est pas parce qu'on choisit une branche en début de carrière qu'après on change pas : la preuve. Mais du coup, on a les capacités innées, on a des capacités en tant que soignant et il y a des infirmiers qui sont excellents dans le relationnel et qui, sur le plan technique, sont peut-être moins bon. Et il y en a qui ne sont pas sur les deux côtés et il y en a qui sont excellents techniciens mais qui ont beaucoup plus de difficultés en relationnel et ça n'empêche pas que ça reste des bons infirmiers.

ESI : Est-ce que vous pensez qu'il est important d'exprimer ses émotions ? Par exemple avec l'équipe d'en parler ? Pourquoi et dans quelle situation ? Je ne sais pas si vous aviez débriefé après les situations ?

IDE : Je pense que... pour cette patiente là on n'avait pas débriefé, je ne crois pas. (silence)  
On avait voulu le faire un peu à chaud entre nous parce que ça avait remué beaucoup l'équipe à l'époque, mais parce qu'il y avait beaucoup d'expressivité de la part de la famille et de la patiente. C'est moins compliqué quand la famille est assez renfermée, que le patient est assez renfermé et qu'il n'y a pas d'élan émotionnel. Du coup ça nous renvoie moins à l'équipe alors que là il y a eu beaucoup de choses qui se jouaient et qui se parlaient donc au final, tout le monde le ressentait. Pour l'équipe, c'était compliqué. Donc à l'époque, on faisait des débriefes sur tout ce qui était situations complexes. Des fins de vie qui avaient été longues, des douleurs qui avaient du mal à être canalisées ou des familles qui débordaient, qui exprimaient en tout cas de façon bruyante leurs émotions. Après je pense que c'est culturel, en Bretagne, on est quand même, on évolue, mais on reste sur quelque chose d'assez fermé. C'était un peu fermé à la chambre, en fait, ce qui se passait dans la chambre ce passait dans la chambre, et ça débordait pas dans les couloirs et ça débordait pas dans les postes de soin. Nos collègues, familles investissaient un peu trop le couloir où vous vous investissez un peu trop forcément, des fois de manière un peu bruyante, les pleurs, les cris etc. Forcément, c'est des expressions d'émotions fortes comme ça vécu en réel parce qu'après, quand on voit un peu de télé, c'est différent. Et pourtant, quand on va voir un film qui nous émeut à pleurer, on va pleurer, on est devant un écran. Là, on est face à une situation réelle où quelqu'un perd réellement un proche. On est dedans, on est dans la situation. Mais là, je vais dire pareil ça dépend beaucoup des soignants. Ça va dépendre de l'aisance des soignants, de pouvoir eux même être au clair avec ce qu'ils sont et leurs propres émotions. Il y a des soignants quand j'ai commencé à travailler, j'ai exprimé peu ou pas au travail. J'ai trouvé des biais extérieurs pour pouvoir m'exprimer ou pouvoir comprendre ce qui se joue sur le plan émotionnel. Après, quand je suis arrivée ici en médecine, une psychologue qui faisait des réunions régulièrement, une fois par mois parce qu'on faisait aussi beaucoup de l'onco ici et qui laissait des chances de pouvoir s'exprimer. Mais là, c'était pareil. C'était toujours les mêmes soignants qui venaient en fait toujours et en même temps, ce n'était pas toujours les soignants qui étaient le plus en difficulté. Parce que quand on arrive à exprimer ce qui s'est joué les émotions et quand on arrive à laisser libérer la parole et les émotions, on s'en libère. Alors que beaucoup de soignants disent oui, j'en ai pas besoin, j'ai pas besoin d'exprimer comme si c'était lisse. Au final, on se rend compte qu'il y a une carapace qui se crée, qui se durcit de plus en plus, ce qui s'épaissit un peu comme un oignon. Du coup, on ferme complètement leurs émotions et on voit au bout de

certaines années, ça devient des soignants qui sont aigris et qui, du coup, n'arrivent même plus du tout à identifier, exprimer et identifier ce qui peut jouer dans les situations. Oui, alors que tous les jours, en situation de soins, on peut... voilà... éclater de rire avec un soignant, avec un patient, ça m'est arrivé de rire jusqu'aux larmes dans une chambre. Parce que le patient exprimait ou plaisantait ou la famille était là et il essayait de prendre une contenance ou plaisanter avec nous tout simplement parce que chaque situation est différente. Chaque patient, chaque histoire, dans chaque chambre est vraiment différente, ce qui fait la richesse du travail infirmier. Parce que je pourrais passer la journée à te raconter x situations de soins où je peux présenter tout le panel émotionnel qu'on peut avoir, mais que le patient nous renvoie et que nous aussi on a.

ESI : Est-ce que vous pensez que ça vous a manqué, peut être au début de ne pas pouvoir exprimer vos émotions au début de votre carrière ? Le fait que l'équipe n'en discute pas ?

IDE : Je pense que du coup, j'ai des situations de soins. J'ai plus de, quand j'y réfléchis, j'ai certaines situations de soins où certains patients, dont l'histoire, je peux raconter l'histoire quasiment de A à Z... alors que ça fait 15 ans et d'autres situations plus récentes où du coup, je me rappelle mais je n'ai pas vécu la même façon parce que je pense que je me suis armée. Je n'ai pas fait le système de la carapace en me disant je me blinde et j'exprime plus rien. J'ai fait le phénomène inverse. Je suis passée de l'infirmière qui devait être wonderwoman et qui devait se blinder, ne pas exprimer ses émotions et tout ça et qui, du coup, s'est pris toute seule toutes ces émotions, ne pouvant pas les exprimer à un tiers.

ESI : qui a tout gardée...

IDE : ... qui a tout gardée à l'intérieur et qui a dû travailler là-dessus pendant longtemps et en fait quand j'ai compris que je travaillais avec ce que j'étais et, quand je ressentais les choses après des filtres forcément, que certaines choses à partir du moment où elles étaient exprimées passaient mieux. Du coup quand je rentrais du travail, ou quand je rentrais dans ma voiture le soir, j'avais moins besoin de pleurer ou de mettre la radio à fond et chanter parce qu'il fallait évacuer tout ce stress. Parce que j'arrivais à comprendre beaucoup plus rapidement ce qui jouait dans l'attitude, la contre attitude avec le patient. Donc je dirais plutôt en début de carrière et quand on n'avait pas cet espace d'expression. Quand j'ai basculé dans le sens inverse, j'étais plus à l'aise.

ESI: Du coup c'était plus extériorisé et vous gardiez moins en vous ?

IDE : c'est ça oui.

ESI : Du coup pendant votre formation, avez-vous eu des notions sur les émotions ? Ou pas du tout ?

IDE : Pas du tout.

ESI : C'est plus après, pendant que vous travailliez, que vous avez travaillé là-dessus.

IDE : En IFSI non, on a fait de la communication, la communication de base dans la relation de soin. Et après pareil, j'ai mon diplôme depuis longtemps, le mode d'enseignement a changé. Après je pense que ce qui manque énormément dans ce que je ressens moi c'est les IFSI ce que je trouve dommage c'est qu'on ne développe pas assez le mode de «com» à l'autre. Il y a beaucoup de champ de com notamment non-verbale qu'on analyse pas suffisamment dans les situations de soins. Après on peut pas tout apprendre à l'école.

ESI : On apprend beaucoup sur le terrain

IDE: C'est ça, je pense que c'est important. On est face à des expériences, on voit comment on réagit et après on mature aussi j'avais 24 ans quand j'ai commencé à être infirmière j'en ai 42 je suis pas la même non plus. On prend de l'âge, de la maturité et analyse les choses différemment les situations qui nous arrivent sur notre plan personnel peuvent influencer notre vie professionnelle... mais en tant que jeune IDE, je trouve qu'il y a certains outils qui manquent pour être armée face à certaines situations de soin. La situation à l'autre c'est pas simple, chaque patient est différent et a sa propre histoire donc il y a des choses qui vont nous renvoyer donc après je pense que c'est plus les cours... Après j'ai eu beaucoup de cours psycho, mais on peut creuser un peu plus la relation soignant-soigné sur le plan psycho. Après c'est l'infirmière psy qui va parler maintenant, parce que comprendre ce qui joue dans la contre attitude et pourquoi on en a une dans le transfert et pourquoi on le fait au début on sait pas, on comprend pas trop ce qui peut jouer dans la relation avec un patient pourquoi on va s'effondrer, pourquoi on va être autant pris de tristesse face à une situation ou de joie ou agressivité parce que l'agressivité aussi ça arrive. Un patient qui dans sa façon de faire ; on va se sentir agressée par ce qu'il dit ou fait alors qu'il est simplement sur un mode défensif parce que lui il est perdu dans son lit, seul dans sa chambre alors que nous on est sur notre territoire, on maîtrise, c'est notre environnement. C'est plus l'expérimentation, ce qu'est le patient dans un lit, qui peut être m'aurait aidé en tant que jeune professionnelle. Et après, on apprend au fur et à mesure, on a un pack quand on a notre diplôme et après on approfondi et puis voilà. Continuer à savoir exprimer ce qu'on ressent sur le plan émotionnel, savoir comment on est sur le plan émotionnel parce qu'il y a des périodes où on n'est pas bien sur le plan émotionnel, plus fatiguée, triste. Donc déjà

identifié quand on arrive le matin au boulot son état émotionnel et ce qu'on peut renvoyer aux collègues d'abord. Si on arrive en colère au boulot parce qu'on s'est fait défoncer l'arrière de sa voiture on ne va pas arriver aussi zen que si on sortait d'un massage de 2 heures aux bougies. Donc forcément on va pas arriver de la même façon au travail, donc par rapport aux collègues et aux patients on va donner le même contact. Et notre non verbal va parler de toute façon et les patients le voient. Des fois on a tendance à se dire c'est nous le soignant, le patient il est dans le lit il voit pas alors que quand on travaille... quand j'étais en médecine j'ai fait de l'onco mais aussi tout ce qui était chronique, donc tous les BPCO, les insuffisants respiratoires : c'est des patients qui venaient de façon régulière donc ils nous connaissent aussi au final et lisent en nous et arrivent à dire «vous êtes fatigué aujourd'hui, vous êtes ronchon, vous êtes pas comme d'habitude» donc eux aussi ont leur grille de lectures, ils vont remarquer qu'on va être plus brusque, moins souriante ou moins avenante ou même moins disponible sur le plan psychique, on les écoute moins alors que des fois on passe notre temps à reformuler au niveau communication et là on va faire un entretien et sans s'en rendre compte en posant la perf' ou en faisant les soins on va être dans la discussion ou dans l'échange et il y a des fois où on va être très laconique et on est un peu fermée et centrée sur d'autres soucis. Et donc identifier tout ça, je pense que c'est déjà une grosse richesse. Puis ça permet aussi de limiter le burn-out infirmier qui est de plus en plus réduit on va dire. Qui est lié certes aux conditions de travail mais aussi à un manque d'échanges et d'écoute entre collègues. Une équipe soudée et qui s'écoute ça joue beaucoup. Quand on vient au boulot avec la boule au ventre on se doute bien qu'on sera pas efficace avec les patients et les collègues. Quand on n'est pas épanouie nous-même et qu'au bout d'un moment on c'est plus pourquoi on fait son travail, ça devient compliqué. Mais après il y a plein de chose, il y a plein de vecteurs et après en tant que professionnelle, faut pas hésiter, les bouquins tout au long de sa carrière ça sert bien, des fois on va être un peu plus technique donc on va prendre un bouquin sur ça parce que les techniques évoluent, mais rester ouvert à l'écoute des nouvelles formations, des nouvelles techniques des anciens infirmiers et des nouveaux pour un échange productif. Et aussi en tant que collègue c'est être attentif à un collègue qui ne va pas bien. Parce qu'on est soignant certes mais le soignant qui est à côté de nous peut-être en difficulté. Par exemple comme je disais tout à l'heure : «tient avec ce patient ça n'a pas l'air d'être trop ça, est ce que tu veux passer la main ? » parce que des fois on n'a pas envie de passer la main, on se dit non je suis soignante je vais réussir et si le collègue le ressent il peut lui dire attend moi je vais y aller, je vais le faire à ta place. Ou alors tiens : “tu n'as pas l'air en forme qu'est-ce qu'il se passe ?” Pouvoir juste discuter, refaire un point sur le plan émotionnel de la personne et de pouvoir l'aider c'est aussi une richesse d'une équipe. Ça évite qu'il y en ai un qui parte au clash, et ça va faire effet boule de neige parce que du coup quand il y a un collègue qui ne va pas

bien, les patients ; il va avoir tendance à les crisper pendant son tour et quand on passe derrière c'est pas mieux. Si elle a agressé le patient sans s'en rendre compte par mégarde, elle a pu dire quelque chose de travers, et quand on passe derrière et qu'il faut récupérer ça va être un peu plus compliqué. Donc oui, je pense que c'est hyper important de pouvoir communiquer et de pouvoir être bien déjà. Pour pouvoir maintenir une activité sereine ou on est bien dans ce qu'on fait et bien dans le soin avec le patient, c'est important de se dire là je peux plus. A un moment n'importe quelle infirmière peut s'arrêter ne serait-ce qu'une semaine ou 15 jours parce qu'elle est trop fatiguée, parce qu'elle a trop donné, parce qu'à un moment il faut remettre le curseur à zéro et après trouver toute les techniques de médiation. En tant qu'infirmière il faut trouver un vecteur pour pouvoir réguler ses émotions. Ça peut être le sport, parce qu'on aime le sport, si on a un hobby dans le sport, il faut surtout le maintenir et après ça peut être tout ce qui est technique de méditation, de sophro...

ESI : Quelque chose pour relâcher un peu la pression...

IDE : Il y a un moment prendre soin de l'autre, on peut prendre soin de l'autre que si on prend soin de soi. Et ça devrait être écrit en leitmotiv sur les murs des écoles d'infirmière et ça devrait aussi être le leitmotiv de tous les cadres de service. On peut être bien dans son travail et dans sa vie personnelle que si on est bien soi-même. Et donc quand on est contre ses valeurs, et qu'on est trop envahi par ses émotions et des émotions qui sont négatives on s'épuise et on va de plus en plus dans le mur et à vouloir aller quand même, il y a un moment où ça casse. Il faut être réaliste, le travail infirmier, on voit des choses très difficiles, c'est pas nous qui les vivons mais on y assiste. On est quand même présent, on est là à tenir la main de quelqu'un qui passe son dernier souffle, ce n'est pas donné à tout le monde. Il y a des personnes qui disent être soignant moi je ne peux pas parce qu'on fait face parfois à des situations extraordinaires faire une réanimation et faire tenir quelqu'un en vie, c'est épuisant, ça demande une énergie folle et on est quand même dans quelque chose où on veut pas perdre... on trouve stupide de perdre une vie du coup on y va pour que le patient vive et ça c'est dans tout domaine, on a quand même un métier fantastique mais au prix d'une énergie et d'une gestion émotionnelle qui n'est pas simple donc c'est important de savoir la gérer.

ESI: J'ai une dernière question du coup mais on l'a déjà un peu abordée : qu'est-ce que pour vous le prendre soin ?

IDE : Là c'est vaste... le prendre soin (silence) le prendre soin c'est prendre en compte toute l'histoire du patient et la singularité du patient c'est à dire que chaque patient à son histoire,

chaque patient est une personne à part entière avec son histoire et nous on est un soignant avec sa propre histoire et c'est la rencontre des deux qui prend ou qui prend pas, c'est comme la mayonnaise parfois ça prend pas on sait pas pourquoi et des fois ça prend. Prendre soin c'est ça, c'est prendre en considération tout ça, on ne peut pas prendre un patient en soin si on oublie tout le reste. On est à un instant T dans une chambre pour une maladie où le patient va rester peut être une semaine pour une pneumopathie, il va peut-être y rester 3 mois et il va décéder ou peut-être 8 mois pour une convalescence et il va ressortir sur ses 2 pieds mais tout ce temps, pour eux, ce temps c'est un temps hors temps. Quand on est patient dans un lit, c'est quelque chose qu'on oublie et on oublie aussi les soignants, c'est assez ingrat parce que c'est une période où on n'a pas été bien, où on peut être dépendant de quelqu'un et on n'aime pas ça, être dépendant de quelqu'un. Donc, il y a toute cette période-là, il y a forcément cette relation au soignant hyper forte. Prendre soin c'est pas je vais poser une perf au patient de la chambre 2, c'est je vais poser une perfusion à Madame untel ou Monsieur untel, et quand vous discutez avec lui, je suis avec lui. C'est à dire que quand on échange, quand il me parle de sa petite fille ou de ce qui est important pour lui, je suis là dans la chambre, je ne suis pas en train de penser à la chambre qui suit. Alors je parle du soin idéal, ça n'existe pas, il faut tendre vers. Quand on y arrive, on est pleinement épanoui dans son travail, on continue à avoir du sens dans son travail et on est reconnue parce que du coup quand on est présent physiquement et psychologiquement avec le patient, il le sent, et il le dit aussi. Quand on est avec un patient et qu'on dit je vais prendre mon temps pour vous écouter et que la porte s'ouvre pour dire ah ben non t'as pas le temps parce qu'il y a untel qui ne va pas bien, et qu'il faut que tu viennes en courant et ben le patient il va te dire allez-y alors que si on n'est pas disponible et que l'on vient te chercher, il va dire ah ben voilà, elle part encore, je suis encore abandonné, comme quand on dit à un patient, j'ai pas le temps-là de discuter avec vous parce que j'ai beaucoup chose dans mon tour, et que je peux pas me permettre de rester discuter avec vous mais je reviens et quand on dit je reviens, je reviens. La relation de confiance. Et si on n'a pas le temps de revenir avant les transmissions et ben on revient avant de partir en disant je suis désolée, j'ai pas eu le temps et ils comprendront et la confiance va s'instaurer. Le lendemain, il dira si vous avez le temps ou si vous n'avez pas le temps... mais il y a au moins cette considération que je ne suis pas qu'un numéro dans un lit et je pense que ça joue aussi sur le fait que le patient a envie de se battre, quand on n'est pas un numéro dans un lit, parce qu'il y a des gens qui sont seuls, d'autres qui sont soutenus par leur famille, qui ont du monde autour d'eux et nous aussi soignant quand on les abandonne, ils ont le sentiment qu'on les abandonne, ils n'ont plus forcément envie de se battre. Donc le prendre soin c'est pas la prise en soin, c'est vraiment le prendre soin, c'est chaque patient a son histoire, et c'est essayer de comprendre pourquoi sur le plan émotionnel ils sont comme ils sont et qu'ils

nous renvoient c'est pas juste parfois d'être malade, pourquoi cela, c'est dans le sens de la vie mais les accompagner là-dedans c'est épanouissant. On ne peut prendre soin que quand on prend soin de soi. Il ne faut jamais oublier qu'une infirmière, pour prendre bien soin des autres, il faut qu'elle sache prendre soin d'elle. Ça sera mes derniers mots (rire).

Annexe V : analyse des entretiens

SIMILITUDES		La fin de vie	DIFFERENCES	
Marie	Sophie	Marie	Sophie	
<p>14 : On faisait beaucoup d'onco</p> <p>14 : On faisait de l'accompagnement en fin de vie</p> <p>40 : C'est moi qui avait fait l'accompagnement de fin de vie de son mari</p> <p>42 : La fin de vie était proche</p> <p>48 : C'était lui qui allait malheureusement décéder</p> <p>50 : La peur de perdre de son mari</p> <p>52 : Avant de mourir</p> <p>58 : Il est décédé</p> <p>78 : Pas envie de mourir</p> <p>79 : Personne n'a envie de mourir</p> <p>80 : De la fin de vie de son époux</p>	<p>21 : On faisait des soins de fin de vie</p> <p>33 : Quand on fait des soins palliatifs</p> <p>44 : Quand tu réanimes et que la personne décède</p> <p>47 : Puis tu viens le lendemain il est mort</p> <p>60 : Et quand Salomé est décédé</p> <p>71 : On est allés aux obsèques</p> <p>99 : J'ai fait beaucoup de toilette mortuaire</p>	<p>121 : J'ai eu un DU de soins palliatifs</p> <p>127 : Malheureusement on impose un peu au patient et même à la famille ce qui peut être vécu comme quelque chose d'agressif pour eux.</p>	<p>111 : J'ai une anecdote pourri</p> <p>116 : C'était glauque au possible mais on a fait que rire avec ma mère</p> <p>131 : Et pour moi c'est une anecdote trop drôle.</p> <p>138 : Le plus dur dans l'émotion c'est quand tu te bats pour que les gens vivent et que ça ne marche pas</p> <p>139 : C'est un échec quoi !</p> <p>142 : Tu te bats pour que les gens restent en vie et finalement les gens meurent quand même. Et ça c'est dur, ça c'est dur !</p>	
<p>17 : Une fois qu'on avait mis la blouse, on retenait un peu nos émotions</p> <p>18 : Comme si la blouse nous protégeais</p> <p>18 : Pas des robots, mais...</p> <p>23 : J'ai appris à les identifier et les exprimer</p> <p>24 : J'ai appris à les exprimer</p>	<p>124 : J'avais l'impression que quand j'enlevais ma blouse, j'enlevais mes émotions</p> <p>127 : Et tu te dis ; je mets mon mouchoir dessus, je ne raconte pas trop</p>	<p>132 : Et dans les échanges d'équipe, j'ai toujours trouvé très important les échanges d'équipes</p>	<p>132 : Le fait de faire des réunions de soutien du personnel</p> <p>126 : Le psychiatre, il nous ramenait des vieux souvenirs qu'on croyait qu'on avait caché déjà au fond.</p> <p>134 : Il arrivait à nous faire sortir des trucs</p>	

aussi			
-------	--	--	--

SIMILITUDES		Impact de l'émotion	DIFFERENCES
Marie	Sophie	Marie	Sophie
		<p>148 : Faire de l'acte, je pouvais faire, mais du coup, j'avais un biais qui faisait que dans la relation au patient il y avait une distance.</p> <p>156 : C'est pas bon pour lui, ce n'est pas bon pour moi</p> <p>105 : En tout cas ça m'a apporté sur le plan réflexion</p> <p>198 : Dans le sens, travailler avec ce qu'on est</p> <p>121 : J'ai eu un DU de soins palliatifs</p> <p>47 : Je ferai en fonction de ce que monsieur voulait...</p> <p>49 : Elle m'a renvoyé énormément d'agressivité et de colère</p> <p>52 : Donc il a fallu que je m'arrange entre les deux pour qu'ils puissent accompagner au mieux l'époux</p> <p>56 : et donc en discutant, elle s'est apaisée</p> <p>140 : Il y avait des moments où c'était difficile</p> <p>96 : Ca m'a demandé beaucoup de réflexion personnelle</p> <p>100 : Donc cette situation sur le plan émotionnel, m'a mise en difficulté</p> <p>107 : J'étais peut-être plus</p>	<p>105 : J'avais déjà plus de problème avec la mort</p> <p>38 : Les actions que j'ai menées c'était toujours en accord et en cohérence avec la famille.</p> <p>109 : Ca ne me fait pas peur.</p> <p>38 : pas en désaccord</p> <p>39 : J'ai pas de souvenirs de soins qui se sont mal passés avec les gens</p> <p>40 : Oui c'est parti en clash, où les patients n'étaient pas d'accord.</p> <p>44 : Des moments difficiles quand tu réanimes et que les personnes décèdent</p> <p>49 : D'être fâchée contre la vie</p>

		attentive à ce que je faisais 115 : Ce qui m'a permis de remettre la tête dans les bouquins et de comprendre un peu tout ce qui se joue sur le plan émotionnel... tout ce qui est psycho.	
--	--	--	--

SIMILITUDES		Distance soignant-soigné	DIFFERENCES	
Marie	Sophie	Marie	Sophie	
172 : Même si on est soignant, même si on met la distance, il y a des patients avec qui on s'attache 174 : Et donc, du coup, c'est compliqué 98 : J'ai essayé quand même de garder ma distance soignant-soigné 99 : C'est toujours un curseur qui est difficile à évaluer 186 : Oui, la relation soignant-soigné, c'est la relation soignant-soigné 187 : Quand on y réfléchit, c'est quand même très abstrait.	67 : Il faut laisser de la distance 67 : Il faut aussi que nous on se protège en tant que soignant 68 : Même si on à l'émotion envers les gens, il faut pas que sa nous affecte personnellement. 73 : Ils avaient dépassé les limites et j'ai peut-être dépassé aussi les limites pour qu'ils rentrent dans mon intérieur 75 : Dans ma vie personnelle 75 : J'ai un peu raté 78 : Mais tu te dis : « elle est où la limite ? »	24 : J'ai appris à les exprimer aussi, ce qui du coup pouvait mettre une distance avec le patient au départ.		

SIMILITUDES		Parler des émotions	DIFFERENCES	
Marie	Sophie	Marie	Sophie	
221 : Donc à l'époque, on faisait des débriefes sur tout	152 : Oui mais on ne nous donne pas les moyens !	215 : Pour cette patiente-là, on n'avait pas débriefé, je ne crois	156 : Donc on a eu une psy qu'on a trouvé nul	

<p>ce qui était situations complexes</p> <p>233 : Ca va dépendre de l'aisance des soignants, de pouvoir eux même être au clair avec ce qu'ils sont et leurs propres émotions</p> <p>237 : Une psy qui faisait des réunions régulièrement ... qui laissait des chances de pouvoir s'exprimer</p> <p>241 : Quand on arrive à laisser libérer la parole et les émotions, on s'en libère</p>	<p>160 : on se disait ça va pas trop autant que j'y aille</p> <p>195 : Peut-être que cette psy fait aussi la thérapie du personnel ! J'espère bien !</p> <p>168 : Dévoiler et nous mettre à pleurer devant les copines</p>	<p>pas</p> <p>216 : On avait voulu le faire un peu à chaud entre nous parce que ça avait remué beaucoup l'équipe, parce qu'il y avait beaucoup d'expressivité de la part de la famille et de la patiente.</p> <p>242 : Beaucoup de soignants disent : « j'en ai pas besoin, j'ai pas besoin d'exprimer... on se rend compte qu'il y a une carapace qui se crée. »</p>	<p>184 : Je pense que les filles avaient plein de trucs à raconter</p> <p>185 : Il faut que l'équipe réclame aussi</p> <p>200 : L'ambiance est hyper soudée</p> <p>201 : L'équipe est obligée d'être soudée pour se soutenir</p> <p>204 : Il faut que la cadre écoute le ras le bol de l'équipe ou que l'équipe réclame aussi parce qu'on a le droit de le faire et que la cadre mette des outils.</p>
--	--	---	--

SIMILITUDES		Cours sur les émotions		DIFFERENCES	
Marie	Sophie	Marie	Sophie	Marie	Sophie
<p>184 : Les émotions chez les soignants, on n'en parlait pas il y a quelques années</p> <p>186 : Je n'ai jamais eu un cours sur les émotions</p> <p>279 : pas du tout</p> <p>281 : On a fait de la communication de base dans la relation de soins</p> <p>284 : On développe pas assez le mode de communication à l'autre</p> <p>285 : On peut pas tout apprendre à l'école</p> <p>295 : Après j'ai eu beaucoup de cours de psycho</p>	<p>212 : J'ai aucun souvenir de ça non</p> <p>212 : Les émotions pour moi ça remonte au cours de philo</p>	<p>292 : Je trouve qu'il y a certains outils qui manquent pour être armée face à certaines situations de soin.</p> <p>293 : La situation à l'autre c'est pas simple</p> <p>304 : C'est plus l'expérimentation de ce qu'est le patient dans un lit, qui peut être m'aurait aidé en tant que jeune professionnelle.</p> <p>306 : On a notre diplôme et après on approfondi</p> <p>355 : On peut prendre soin de l'autre que si on prend soin de soi. Et ça, ça devrait être écrit en leitmotiv sur les murs des IFSI.</p> <p>357 : Le leitmotiv de tous les</p>			

	<p>cadres de service.  331 : Les bouquins tout au long de sa carrière sa sert bien.  333 : rester ouvert à l'écoute des nouvelles formations, des nouvelles techniques des anciens infirmiers et des nouveaux pour un échange productif.</p>	
--	--	--

SIMILITUDES		Le prendre soin	DIFFERENCES	
Marie	Sophie	Marie	Sophie	
<p>371 : Le prendre soin c'est prendre en compte toute l'histoire du patient et la singularité du patient.  372 : Chaque personne est une personne à part entière avec son histoire.  375 : C'est prendre en considération tout ça  384 : C'est je vais poser une perf a monsieur ou madame untel et quand vous discutez avec lui, vous êtes avec lui.  387 : Je ne suis pas en train de penser à la chambre qui suit  390 : Quand on présent physiquement et psychiquement avec le patient, il le sent et il le dit aussi  396 : Je peux pas me permettre de rester discuter</p>	<p>215 : Faire des soins mais en prenant le patient dans sa globalité  218 : Il faut tout faire pour que son séjour se passe bien  218 : Prendre soin de lui en entier... qu'il soit content... c'est un tout  221 : Et qu'on pense à tout dans la globalité de la personne  234 : Et quand tu prends un peu de temps  236 : Mais quand tu prends un peu de temps  237 : Et quand tu prends le temps  242 : Le service l'a appelé et lui as dit « vous pouvez venir le voir » malgré la situation sanitaire  248 : Et là il faut prendre soin de tout le monde  249 : Et pour moi c'est ça ; prendre soin de quelqu'un, c'est le prendre lui avec son conjoint, avec sa famille, avec la fratrie  253 : C'est une globalité du patient et</p>		<p>233 : L'expression des gens est beaucoup plus parlante d'une phrase  387 : Le soin idéal n'existe pas, il faut tendre vers</p>	

<p>avec vous mais je reviens mais quand je dis je reviens, je reviens → la relation de confiance 401 : Ca joue aussi sur le fait que le patient a envie de se battre, quand on n'est pas un numéro dans un lit 405 : Donc le prendre soin, c'est pas la prise en soin 408 : On ne peut prendre soin que quand on prend soin de soi !</p>	<p>de son entourage et de son confort pour que l'hospitalisation se passe le mieux possible et le moins longtemps possible aussi.</p>		
--	---	--	--

## Résumé :

Mon mémoire porte sur la gestion des émotions face au patient durant un soin et l'impact que celles-ci peuvent avoir dans le prendre soin. Pour cela, j'ai organisé les lectures autour des thèmes suivants : les émotions et comment les gérer, les mécanismes de défenses et le prendre soin. Les émotions nous aident à prendre des décisions et à nous adapter à notre environnement. Trouver ce qui les déclenche ou aider un patient à le faire va nous obliger à trouver des solutions. Les émotions nous permettent aussi d'entretenir une relation nécessaire au prendre soin. Si aujourd'hui le champ des émotions ainsi que les soins relationnels sont largement abordés pendant les 3 ans de formation, ce n'était pas le cas il y a quelques années. Lors d'entretiens menés auprès d'infirmières, il est remonté le besoin de débriefer auprès de professionnels après une situation difficile. Les soignants soulignent aussi l'importance de travailler avec ce que nous sommes, notre propre histoire et la nécessité de prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre.

Mots clés : émotion, prendre soin, gestion, communication, lois

## Abstract

My memoir focuses on the management of emotions in front of the patient during a treatment and the impact these emotions can have on the treatment. In order to do so, I have organized readings around the following themes : emotions and how to manage them, defense mechanisms and healthcare. Emotions help us make decisions and help us adapt to our environment. Finding out what triggers them or helping a patient to do so will force us to find solutions. Emotions also allow us to maintain a relationship that is necessary in providing healthcare. Although nowadays the emotional and relational healthcare aspects are widely discussed during the 3 years of training, this was not the case a few years ago. During interviews with nurses, the need to debrief with professionals after a difficult situation came up. Healthcare workers also emphasize the importance of working with ourselves, our personal experience and the need to take care of ourselves in order to take care of others.

Key words : emotion, healthcare, management, communication, laws