



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Son cœur dans nos mains



Formateur référent mémoire : MALEYRAN Christophe

BOUILLON Loane
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date 2/05/23



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études : Son coeur dans nos mains

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 2/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Loane BOUILLON

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Un grand merci tout d'abord à Christophe, mon référent MIRSI, qui a comptabilisé un grand nombre d'heures supplémentaires face au travail que représente un mémoire et à mon soutien psychologique.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI du PFPS du CHU de Pontchaillou, sans qui, ces trois années de formation n'auraient pas abouties.

Pour la contribution essentielle qu'ils ont apporté à mon mémoire et le temps qu'ils m'ont consacré, je remercie de tout cœur les infirmiers que j'ai interrogé.

Merci à mes parents d'avoir lu et relu mon mémoire ainsi que d'avoir apporté leur expérience en la matière. Merci à mon frère d'avoir été présent, même sans savoir de quoi on parlait.

Léïa, tu as traversé avec moi bien plus que trois années, et maintenant, s'ajoute à cela un mémoire. Tu as su me motiver et me pousser à donner toujours le meilleur de moi-même, pour que je sois fier de moi et de mon travail. Mille mercis.

Enfin, je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à la réalisation de mon mémoire.

“Ce que tu ne voudrais pas que l’on te fasse, ne l’inflige pas aux autres.”¹

¹ Sentences, Confucius

1. Introduction	1
1.1 Introduction générale	1
1.2. Le cheminement vers la question de départ	2
2. Le cadre théorique ou conceptuel	4
2.1. Le prendre soin	4
2.1.1 Selon Walter Hesbeen	4
2.1.2. Son origine	5
2.1.3. L'éthique dans le "prendre soin"	5
2.1.4. Le travail d'équipe	6
2.2. Les émotions, quelle place dans le métier de soignant ?	7
2.2.1. L'empathie	7
2.2.2. Qu'est-ce qu'une émotion ?	8
2.2.3. A quoi nous servent les émotions?	10
2.3. Le patient	11
2.3.1. Cadre législatif	11
2.3.2. Quand parle-t-on de maltraitance ?	11
2.3.3. L'obstination déraisonnable	12
3. L'entretien semi-directif	13
3.1. Le dispositif méthodologique	13
3.2. Le guide d'entretien	14
3.3. Bilan du dispositif	14
4. Analyse	15
4.1. Présentation des infirmiers	16
4.2. La place des émotions dans les soins	16
4.3. Le travail en équipe	17
4.4. L'obstination déraisonnable	18
4.5. Le patient	19
5. Discussion	20
5.1. Des émotions...	20
5.2. ...au travail en équipe...	21
5.3. ...pour lutter contre la maltraitance...	22
5.4. ...de nos patients	23
6. Conclusion	24
7. Bibliographie	25
ANNEXE I - La roue des émotions de Robert Plutchik (1991)	29
ANNEXE II - Caractérisation des situations de maltraitance	30
Annexe III - Entretien numéro 1	31
Annexe IV - Entretien numéro 2	34
Annexe V - Tableau d'analyse des entretiens	37

1. Introduction

1.1 Introduction générale

En première année, le tout premier stage arrive très vite et bien souvent pour la plupart des étudiants c'est le tout premier contact avec le milieu professionnel du soin. C'était mon cas. Au cours de ces trois années de formation, je me suis épanouie et j'ai eu beaucoup de plaisir à apprendre ce magnifique métier. J'ai rencontré des professionnels auprès desquels je me suis inspirée et m'inspirerai toujours en tant que future infirmière. Des collègues de travail qui m'ont permis de m'enrichir professionnellement. J'ai créé des liens très forts avec les patients dont je me suis occupée. Des liens qui m'ont permis de grandir professionnellement mais aussi personnellement. Je garde en mémoire ces 3 années de formation dans lesquelles je me suis souvent remise en question, où j'ai douté de moi, de ma pratique, où je me suis énormément questionnée sur les situations que j'ai pu rencontrer. C'est donc à travers ce mémoire de fin d'étude, que je vais vous partager deux des situations qui m'auront sans doute le plus interpellées.

La thématique que je vais aborder dans ce mémoire est celle du prendre soin à travers le sujet du passage de relais. Autrement dit, c'est savoir passer la main à l'un de ses collègues lors de situations de soins complexes (vécues comme complexes car ce n'est pas le soin qui est complexe mais c'est le soignant qui le ressent comme cela). Ce sujet me tient beaucoup à cœur. En effet, dans le quotidien des soins et avec l'acquisition d'expérience professionnelle, des automatismes peuvent apparaître suite à la répétition des mêmes gestes. Face à des situations inhabituelles, le soignant peut se sentir dépassé et démunis et ainsi s'éloigner du "prendre soin" au détriment du patient. Par le biais de ce sujet, je souhaite approfondir mes connaissances, afin de prendre en soin de la meilleure des manières mes futurs patients.

Pour introduire ce travail de recherche, je vais donc vous présenter deux analyses de pratique professionnelle que j'ai faites en stage, en deuxième année de formation. Ces deux situations sont la base de mon travail de recherche, et m'ont permis de créer le plan de mon cadre théorique.

J'ai divisé mon cadre théorique en trois grandes parties.

En première partie, je parlerai du prendre soin. J'évoquerai notamment la définition du prendre soin selon un auteur, Walter Hesbeen. J'étudierai ensuite plus précisément, l'historique, l'éthique, la place de l'équipe et l'empathie dans le prendre soin.

En deuxième partie, j'aborderai la place des émotions dans les soins en commençant par définir ce qu'est une émotion, puis en exposant ses différentes fonctions.

Je finirai le cadre théorique par une partie sur le patient en général où j'évoquerai leurs droits. Dans cette partie, je définirai aussi deux termes au centre de mon mémoire : la maltraitance et l'obstination déraisonnable.

Dans la continuité du cadre théorique, j'aurai l'occasion d'interroger des professionnels de santé, afin d'étayer mes recherches. D'abord, j'analyserai leurs réponses, puis, je les confronterai avec les idées des auteurs ainsi que les miennes.

En dernier lieu, je conclurai mon travail de recherche.

1.2. Le cheminement vers la question de départ

J'ai vécu plusieurs situations en stage, dont deux que je vais vous exposer, qui m'ont tout d'abord aiguillé dans le choix de mon sujet de mémoire, puis conduit à ma question de départ.

La première situation s'est déroulée pendant mon stage de S4. L'infirmière du secteur (que je nommerais L) et moi-même, avons eu comme transmissions le matin, qu'il fallait reposer une voie d'abord à Mme C qui s'était déperfusée au réveil. Nous sommes donc allées reperfuser la patiente car celle-ci avait des solutés de réhydratation à faire passer afin de compenser ses pertes au niveau de son iléostomie. Cependant, aucun interne ne nous l'avait confirmé. L, l'infirmière explique à la patiente que nous devons la reperfuser. Celle-ci nous laisse faire. L m'explique tout le déroulé du soin puis demande à la patiente si elle est facile à perfuser. La patiente rigole et précise qu'elle ne l'est pas. En effet, son capital veineux a été très atteint. L ne semblait pas trop déstabilisée, dans son ancien service les perfusions c'était "sa spécialité" selon ses dires. Elle décide de perfuser une première fois la patiente sur l'avant bras droit au niveau du poignet. Elle m'explique tout le geste en même temps, elle prévient la patiente puis pique. Ça ne fonctionne pas. Un petit hématome se forme sur le bras de la patiente. Elle y met un pansement tout en appuyant dessus pour limiter l'hématome. Elle remet en place son garrot et décide de piquer sur la même veine mais plus haut. Pas de retour veineux. Elle mobilise le cathlon dans la veine, mais toujours rien. Elle retire son garrot puis passe de l'autre côté du lit et regarde le bras gauche de la patiente. Elle décide finalement de piquer sur la main gauche de la patiente "tant pis" c'est ce qu'elle dit à ce moment là tout en s'énervant sur les veines de la patiente. La patiente me regarde avec insistance. Elle pique, elle s'énervait de ne pas avoir de retour alors que selon elle, elle est dans la veine. D'un coup, elle me demande de lui passer la tubulure qui était restée de l'autre côté du lit. Je la lui passe. Elle met en route la tubulure sans avoir eu le retour veineux. A ce moment-là, ma patiente a crié. Le liquide de la perfusion était en train de diffuser en sous cutané. L'infirmière s'arrête et finit par appuyer sur l'œdème. La patiente a les larmes aux yeux. Elle se prépare pour réessayer une 4ème fois. À ce moment-là, les internes entrent dans la chambre de la patiente. Finalement, ils nous disent qu'il n'est pas nécessaire de la perfuser car elle sort le lendemain.

Ce qui m'a posé question dans cette situation c'est à quel moment faut-il passer le relais ?

Est-ce que L. s'est posée cette question du relais ?

A quel moment parle-t-on d'acharnement thérapeutique / d'insistance inappropriée ? De maltraitance ?

Est-ce que la soignante a ressenti de la frustration de ne pas réussir et donc a-t-elle voulu retenter jusqu'à y arriver ?

A-t-elle vu que la patiente avait mal ? S'est-elle rendue compte qu'elle s'est énervée sur la patiente ?

La deuxième situation est une situation dont j'ai été actrice. C'était pendant mon deuxième stage de S4. J'étais du matin, j'avais donc plusieurs prises de sang à faire. Depuis le début de mon stage j'avais réussi toutes mes prises de sang. J'étais donc plutôt confiante en entrant dans la chambre de Mr C. Je l'avais en plus de cela déjà bilanté la veille, et je savais qu'il était facile à prélever. La seule chose qui me tendait un peu c'est que c'était un patient un peu froid. Je prépare toutes mes affaires et je rentre dans la chambre du patient. J'ai été agréablement surprise car il n'a pas du tout été froid avec moi et on a beaucoup discuté. Ça m'a totalement détendue. Sauf que je rate la prise de sang. Je ne me sentais vraiment pas bien. J'avais la tête qui tournait et la bouche sèche. Je me suis excusée, et je lui ai dit que j'allais chercher l'infirmière pour qu'elle le fasse à ma place car je n'avais pas envie de rater une seconde fois. Le patient m'intercepte et me dit "non, il ne faut pas rester sur un échec, tenez mon deuxième bras, retentez, ce n'est pas grave ça arrive même aux meilleurs !". Je sors alors de la chambre préparer un autre plateau de prélèvement et j'explique la situation à J, l'infirmière qui était avec moi. Elle pense de la même façon que le patient, me rassure et dit que même les infirmières diplômées comme elle, peuvent rater les prises de sang. Elle m'encourage à retenter le geste en me précisant qu'il faut cependant me fixer une limite. Si vraiment je n'y arrive pas, je dois passer la main à un collègue pour le bien du patient. Elle est rentrée avec moi dans la chambre du patient et ils m'ont tous les deux encouragés et au final j'ai réussi ma prise de sang. Je ne me suis pas vraiment posé de question à ce moment. C'était pas la première fois que je ratais une prise de sang et pourtant je ne me suis jamais sentie aussi mal.

Je me suis sentie envahie par la honte et l'incompréhension d'avoir rater alors que le patient avait de bonnes veines. Je n'avais qu'une envie, c'était m'enfuir en courant de la chambre et ne plus revoir le patient.

Avoir vécu ces deux situations, d'une part en tant qu'observatrice et d'autre part en tant qu'actrice, m'a donné l'envie d'approfondir ce sujet au travers de ce mémoire. C'est donc avec la question suivante que je vais traiter ce sujet :

En quoi le ressenti des soignants en difficultés lors de soins, justifie-t-il l'interruption de ceux-ci pour le bénéfice du patient ?

Cette question de départ est nécessaire pour orienter mes recherches. Je souhaite en apprendre davantage sur les émotions des soignants et notamment si elles sont susceptibles d'interférer dans les soins et dans le "prendre soin".

2. Le cadre théorique ou conceptuel

2.1. Le prendre soin

2.1.1 Selon Walter Hesbeen

J'ai choisi d'étudier la notion du "prendre soin" à travers les écrits de Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL) et Lauréat de la Fondation Van Goethem-Brichant pour la réadaptation.

Selon Walter Hesbeen, le prendre soin est "l'intention de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé"(p.8).

Il définit le prendre soin comme étant un art, art dont le thérapeute sait regrouper "les éléments de connaissances, d'habiletés, de savoir être, d'intuition" (p.35), permettant d'aider l'autre dans sa situation unique.

Walter Hesbeen définit le savoir être comme étant "tout ce que nous "savons être" au plan personnel : attitudes, besoins, valeurs dans notre interaction avec l'autre et avec l'environnement." (p.37). Il pose donc le concept de "prendre soin" comme une valeur. Cette valeur soignante permettrait d'inscrire le soin dans "une perspective soignante véritable" en jouant sur l'aspect désirable que pourrait apporter cette valeur, notamment sur la compatibilité avec ses idées ou son projet professionnel. En d'autres termes, l'aspect désirable du "prendre soin" présenté comme valeur soignante, permettrait aux professionnels de santé d'orienter leur accompagnement dans cette perspective.

Selon lui, "prendre soin" est une orientation philosophique qui permet de considérer le patient en tant que "sujet singulier ou corps que la personne est" donc pas comme étant l'objet de soins. C'est d'ailleurs pour ceci qu'il oppose "prendre soin" et "prendre en charge", connotation qui objétise le patient. (p.36). En effet, le patient dispose de droits qui sont exposés dans différents textes législatifs, que j'aurais l'occasion d'étudier dans une prochaine partie. Tout d'abord, intéressons-nous à l'origine du "prendre soin". D'où viennent les termes du "prendre soin" ?

2.1.2. Son origine

Le “prendre soin” est défini dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2012, écrit par Formarier, M. et Jovic, L. Ce concept vient du mot anglais “care”. Il est à la base du rôle propre infirmier, puisque, en le traduisant on obtient plusieurs concepts clés dans le “prendre soin”, tels que : “attention, sollicitude, souci, soin(s), précaution.” (p.245). Le “care” est à la base du “nursing” chez les anglo-saxons. Il désigne tous les soins “qui permettent le bien-être physique, mental et social” (p.245) avec pour action de “soigner dans une relation de sollicitude à l’autre dans une situation de soins.” (p.245). Le prendre soin est ici défini comme étant une pratique concrète.

Agata Zielinski, docteur en philosophie, dans son ouvrage *“L’éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin”*, questionne les différentes théories qui existent sur le “care”. Serait-il un mix entre aptitude et pratique ? Autrement dit, le prendre soin vient-il d'une "prédisposition naturelle" ou serait-il “un savoir-faire qui s’acquiert” ?

“Qu’est-ce qu’un sentiment moral qui ne se met pas dans les actes ? Et que serait le soin sans la sollicitude, le geste technique approprié sans considération pour celui qui le reçoit, sans attention au sujet lui-même, au-delà du besoin qu’il manifeste ?” (2010, p.633) L’auteure répond à ces théories en affirmant que le “care” est bien un mix et qu’il est important de ne pas séparer l’aptitude de la pratique.

De manière générale, le “prendre soin” , c’est favoriser le bien-être du patient. Cependant, comme nous venons de l’évoquer, celui-ci s’articule entre thérapeutique, geste technique ainsi que sollicitude. Voyons donc ce qu’il en est de l’éthique dans le “prendre soin”.

2.1.3. L’éthique dans le “prendre soin”

“L’éthique, c’est l’art d’interroger les choses, de prendre conscience que les choses ne vont pas de soi.”, explique Jean-Michel Longneaux, docteur en philosophie, conseiller en éthique dans le monde de la santé et rédacteur en chef de la revue *Ethica Clinica*.

Selon Elisabeth Quignard, médecin en gériatrie et soins palliatifs, “L’éthique du soin envisage le patient dans sa globalité et dans toutes ses composantes : physiques, psychiques, sociales, culturelles et spirituelles.” (2016, s.d). Cela suppose qu’il est nécessaire de développer en plus d’une technicité des soins, une approche centrée sur l’humain, en portant attention à l’autre dans sa globalité. Le Docteur Quignard, met en lien l’éthique du “prendre soin” et la responsabilité soignante. En effet, selon elle, il est nécessaire de s’interroger, de peser les bénéfices/risques lorsque des solutions sont envisagées.

Tanguy Chatel, sociologue et formateur français, affirme que le “care” “en tant qu’acte soignant”, “doit répondre aux exigences éthiques de l’action soignante et aux principes d’autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de proportionnalité et de non-futilité qui sont désormais bien identifiés.” (2010, p.3) Il ajoute à cela, que le “care” doit rester “empreint de sollicitude”. En effet, la sollicitude est le fait de

prodiguer des soins affectueux et attentifs à une personne. C'est aussi se rendre disponible pour l'autre, notamment dans le processus du soin. La sollicitude est donc une composante du "prendre soin". Finalement l'autre devient l'objectif principal de cet accompagnement. Comme le dit Tanguy Chatel : "Le soin véritable est donc le chaînage des trois : une émotion qui saisit (sollicitude), une compétence qui soulage (Care), une présence qui reconforte (accompagnement)" (2010, p.6). Ce "soin véritable", est une science qui ne peut s'exercer à distance de l'être humain. Pour reprendre Walter Hesbeen, c'est un art qui nécessite l'engagement du soignant, sa conscience.

Voyons à présent quel est le rôle de l'équipe soignante et quel est son lien avec le "prendre soin".

2.1.4. Le travail d'équipe

Selon le dictionnaire Larousse, une équipe est un ensemble de personnes qui travaillent à la réalisation d'une même tâche.

Selon le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, l'équipe soignante est une "mise en commun interdisciplinaire de travaux, d'actions professionnelles afin de réussir ensemble des objectifs communs (institutionnels, protocolaires...), centrés vers la personne soignée."

Une équipe de soignants est composée de soignants (médecin, psychologue, infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes, diététiciens etc.) ayant des compétences, des formations et des expériences différentes, mais qui sont complémentaires. En effet, savoir travailler en équipe et donc s'appuyer sur les différentes qualités des uns et des autres permet une meilleure prise en soin des patients. D'ailleurs, dans son ouvrage, *Le travail en équipe*, 2012, Mucchielli expose que "chacun concourt, tantôt par lui-même, tantôt avec les autres, tantôt par les autres, à une succession d'actions qui sont la raison d'être de l'équipe." (p.13) mais que, sans but commun à tous les membres de l'équipe, celle-ci n'existe pas. C'est d'ailleurs de là que naît la différence entre un groupe et une équipe. Là où l'équipe travaille à un but commun, le groupe, lui, ne fait que coordonner des activités.

Mucchielli (2012) emploie le terme de "renforcement" qui vient appuyer ce souci de but commun :

"On appelle "renforcement", comme vous le savez, pour un comportement, le fait qu'il soit récompensé (d'une manière ou d'une autre) dès qu'il apparaît à l'initiative du sujet intentionnellement ou par hasard). Cette récompense tend à fixer le comportement qui l'a déclenchée, et celui-ci est rapidement "appris". (p.44)

Avec ce terme l'auteur sous-entend que, n'importe quel acte individuel qui est susceptible d'apporter un plus à l'équipe et donc à l'atteinte du but commun, comme une "entraide, bonne idée, réussite partielle ou totale de la tâche, découverte d'une astuce ou d'un moyen, etc." (p.44), sera bénéfique pour la cohésion d'équipe, mais aussi, encourage le renouvellement d'actions de ce type.

Le but d'une équipe soignante est de prendre soin des patients. Comme nous le verrons plus tard dans la partie législation, le patient a le droit de bénéficier de la meilleure prise en soin possible, et ceci passe par le travail en équipe, notamment le passage de relais.

Laurence Le Mercier, coordonnatrice de la plateforme d'orientation et de coordination des troubles du neurodéveloppement au Comité inter CAMSP (association qui promeut toute réflexion et toute recherche concernant les missions de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge des bébés, enfants et jeunes adultes, en difficultés de développement et/ou handicapés) du bassin rennais, définit le passage comme étant "le fait de passer, de traverser". Elle en donne aussi une définition musicale : "une note de passage est une note étrangère à l'harmonie où elle est intégrée, faisant le lien entre deux notes différentes de la même harmonie ou de deux accords." Cette définition est tout à fait transposable au monde soignant et lui donne même une connotation positive et bienveillante. Les "deux notes différentes" seraient ici les deux soignants, celui qui demande de l'aide et celui qui vient en aide, et "la même harmonie" serait ce souci de prendre soin du patient. Les deux soignants "traversent" la difficulté ensemble dans un même but de bienveillance.

En effet, dans la revue *Prescrire Passer la main*, 2015, passer le relais c'est "intégrer la dimension pluriprofessionnelle et collective des soins dans sa pratique quotidienne, pour en faire bénéficier les patients."(p.401). La revue dit que, "réaliser correctement un geste technique c'est aussi penser que l'on n'exerce pas seul, et qu'en cas d'échec, un autre soignant réussira le geste." (p.401). En d'autres termes, réussir un soin, fait intervenir la notion d'équipe. Nos collègues sont aussi présents pour nous venir en aide en cas d'échec (ou autre), ainsi le patient bénéficiera de soins de qualité.

2.2. Les émotions, quelle place dans le métier de soignant ?

2.2.1. L'empathie

L'une des valeurs adoptées par le Conseil d'administration de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) est l'humanité. Celle-ci favorise l'empathie, valeur commune aux métiers du soin. L'empathie c'est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent, selon le dictionnaire Larousse.

Il existe deux types d'empathie :

- L'empathie émotionnelle qui permet d'éprouver des émotions semblables à celles que l'on voit dans un film par exemple, que l'on appelle aussi contagion émotionnelle;
- l'empathie cognitive qui s'apparente à la capacité de se mettre à la place de l'autre.

Plusieurs valeurs, dont celle-ci, sont déclinées dans la déclaration des droits de l'homme et dans les règles professionnelles infirmières.

La déclaration des droits de l'homme dit que "Mon humanité, ma dignité dépendent de celles que l'on reconnaît à tout homme. Il importe d'avoir pleine conscience de cette interrelation de cette solidarité."

Quant à nos règles professionnelles infirmières, elles sont dictées dans le Code de la Santé Publique. L'article R4312-26 en fait allusion : "L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient."

Selon RTBF La Première, webradio belge, "L'empathie est l'essence du soin ; c'est le souci qu'on a de l'autre" (2019, s.d). C'est une posture qui peut s'apprendre ou s'adopter. Elle consiste à entendre la souffrance de l'autre, sans pour autant en souffrir avec lui. De plus, le site ajoute que "L'apprentissage de l'empathie permet de ne pas tout soumettre aux émotions. L'empathie bien comprise, c'est pouvoir prendre de la distance et rester avec le patient même s'il est dans l'émotion." (2019, s.d). En d'autres termes, le soignant est disponible pour le patient, il peut comprendre ce qu'il vit et l'aider, mais reste à une distance professionnelle pour se protéger. L'empathie "n'est pas quelque chose que l'on doit faire "en plus"" affirme la webradio RTBF La Première, c'est la façon dont on prend en soin les patients qui est l'empathie, c'est qui l'on est et comment nous créons du lien avec l'autre. Pour résumer, l'empathie est la base de tous nos soins infirmiers.

Roman Krznic, philosophe, pense qu'il existe deux formes d'empathie un peu différentes de celles exposées plus haut. L'empathie cognitive, qui permet de comprendre le point de vue de l'autre. Et l'empathie affective qui permet de comprendre les émotions de cet autre sans pour autant les partager.

L'empathie est donc cette capacité de ressentir une émotion prenant sa source chez l'autre, par conséquent elle est elle-même considérée comme étant une émotion.

2.2.2. Qu'est-ce qu'une émotion ?

J'ai choisi d'aborder les émotions dans mon mémoire car comme nous l'explique Sebastian Korb, neuroscientifique et psychologue social, dans *Le traité de psychologie des émotions* de David Sander et Klaus R.Scherer, celle-ci nous permettent de :

"réagir de manière rapide à des changements pertinents de l'environnement, comme lorsque l'on s'immobilise d'un coup à la vue d'un serpent sur un chemin de montagne. Elles nous permettent aussi de former des représentations sur les résultats possibles de situations et comportements, et guident ainsi nos actions et pensées."

Les émotions sont vectrices de nos actions soignantes et animent nos soins.

Monique Remillieux, collaboratrice française de la maison d'édition Elsevier Masson, explique que le seuil émotionnel varie d'un individu à l'autre en fonction de la personnalité, des expériences vécues et de l'état d'esprit dans lequel chacun se trouve lors de la confrontation à une situation. Le seuil émotionnel est lié à ce que l'on nomme le processus émotionnel. Il se déroule en trois étapes, étapes présentées par Monique Remillieux :

- “Notre cerveau réagit à l’environnement et crée une image,
- Cette image va engendrer une émotion,
- Cette émotion va déclencher une action.”

Ceci explique donc pourquoi chacun réagit différemment à une situation donnée.

Les émotions, tout comme les sentiments, sont considérés comme des ressentis. Déclenchés à la suite d’un événement ou d’une situation, ils ne nous laissent pas indifférents et provoquent très souvent une réaction physique et/ou psychique. Karine Gantois, formatrice agréée Personnalité et Relations Humaines (PRH), définit une émotion comme étant “fugace”.

Selon elle :

“elle nous traverse au moment où nous vivons certain type de situation. Elle peut être de différentes intensités. Elle nous quitte une fois la situation passée. Elle est la réaction sensible d’une personne qui réagit vibre face à une situation donnée. Et le corps traduit cette réaction sensible (sueurs, palpitations, rougeurs, tremblements...)” (2017, p.1)

A l’inverse, le sentiment est plus long, il peut rester après l’émotion vécue. Elle explique que si le sentiment perdure c’est qu’il se peut que “quelque chose en nous continue d’être touché, d’être questionné, d’être travaillé par la situation qui a lieu.” (2017, p.1)

“Les émotions font partie de la vie” (Olano, 2019, p.35). Aujourd’hui les émotions ont un rôle principal dans beaucoup de domaines de la vie, notamment dans la prise de décision comme nous l’explique Marc Olano, auteur de l’article *Quand les émotions déraillent*. Dans son article, il parle de “compétences émotionnelles” qui serait une façon de contrôler nos émotions afin de les laisser s’exprimer d’une manière plus adéquate à la situation, que ce soit dans le domaine professionnel ou personnel.

Robert Plutchik, psychologue américain, définit huit émotions de bases, que je définirais à l’aide du dictionnaire Larousse, à savoir :

- La colère : “état affectif violent et passager, résultant du sentiment d’une agression, d’un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales”;
- Le dégoût : “sentiment d’aversion, de répulsion, provoqué par quelqu’un, quelque chose”;
- La peur : “appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation”;
- La tristesse : “état de quelqu’un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie”;
- L’anticipation : “action de prévoir, de supposer ce qui va arriver”;
- La joie : “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 surprise : “état de quelqu’un qui est frappé par quelque chose d’inattendu”;
- La confiance : “assurance, hardiesse, courage qui vient de la conscience qu’on a de sa valeur, de sa chance”.

De ces huit émotions primaires, découlent toutes les autres émotions selon le Dr Plutchik. Il illustre ceci dans sa roue des émotions (1991) disponible en annexe I. Grâce à cette roue, il différencie les différents niveaux d'une émotion à l'aide de variations de couleurs.

2.2.3. A quoi nous servent les émotions?

Monique Remillieux, nous explique que “Reconnaître les émotions, les siennes et celles des autres, nous permet d'améliorer notre communication, nos échanges, nos relations, en développant notre empathie et ainsi de générer moins de stress.” Au contraire, mettre de la distance avec ses émotions pourrait nous amener à “banaliser des situations qui ne doivent pas l'être, comme le décès d'un patient.” (2018, s.d). Ainsi les émotions sont utiles au métier de soignant puisqu'elles permettent de prendre soin du patient en usant d'empathie. En utilisant les émotions et notamment l'empathie, le soignant sera en capacité d'interpréter celles du patient, notamment au niveau de sa posture, de son expression faciale ou encore de ses paroles. Elles agissent aussi comme un guide du comportement à avoir sans pour autant “banaliser des situations” mais plus en s'y adaptant. Elles permettent donc aux soignants de s'adapter à différentes situations, autant prévues, qu'imprévues. Comme par exemple, lorsque le soignant rate un geste technique, ses émotions et celles du patient guideront son choix sur la conduite à tenir, recommencer une fois, deux fois ou plus, ou passer la main.

Justement, le terme “d'effet tunnel” est revenu à plusieurs reprises dans mes recherches sur la fonction des émotions dans les soins. Dans l'article *Effet tunnel, quand le surmenage nuit au diagnostic*, 2022, de la revue web *Le quotidien du médecin*, l'effet tunnel dans les soins est présenté comme étant “un blocage cognitif majeur qui enferme un individu dans un seul diagnostic ou une seule activité.”(p.34) Le soignant est donc obnubilé par l'action entreprise afin d'atteindre un objectif, qu'il ne questionne pas ses gestes malgré des signes discordants qu'il n'entend ni ne voit. Ces signaux devraient l'amener à utiliser une approche différente voire même à l'arrêter pour empêcher la survenue d'un effet indésirable. C'est l'étude menée dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (Mars 2022). Après une analyse rétrospective quantitative puis qualitative de quarante événements indésirables associées aux soins (EIAS) avec des signes distinctifs d'effet tunnel, les auteurs ont démontré qu'il y avait trois principaux “biais fréquemment associés”. Le biais d'ancrage, la suffisance et la fascination par la cible.

“Le stress physique ou psychologique des soignants étaient précisés comme facteur aggravant dans 17 EIAS. Près de la moitié ont des conséquences majeures ou catastrophiques pour le patient. Pourtant 20 EIAS sont jugés évitables par le déclarant. La sortie du tunnel a lieu pour 16 EIAS suite à l'aggravation clinique et 12 grâce à l'intervention d'un autre professionnel de santé.” (2022, p.S45)

Cette étude démontre donc que la plupart des événements indésirables associées à l'effet tunnel pourraient être évités si les soignants passaient le relais à l'un de leur collègue plus rapidement, ceci pour le bénéfice du patient.

2.3. Le patient

2.3.1. Cadre législatif

L'Homme possède un grand nombre de droits énoncés dans la *Déclaration des Droits de l'Homme*. Dans cette Déclaration, c'est l'article 25 qui m'intéresse car il intègre la santé :

“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.”

Chaque patient, lorsqu'il rentre dans le contexte d'une hospitalisation, est protégé par des droits. Ces droits sont notamment énoncés dans la *Charte de la personne hospitalisée*. En lien avec le sujet de ce mémoire, cette Charte énonce que « Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. » Cette charte constitue une actualisation de celle du patient hospitalisé daté de 1995, du fait de l'évolution des différents textes de loi notamment celles du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les infirmiers sont en première ligne pour garantir ces droits. Leurs devoirs envers les patients sont régis par différents textes de lois, notamment le code de déontologie des infirmiers. L'article qui m'intéresse se trouve dans la section 2 « Devoirs envers les patients » de ce code : “Art. R. 4312-10. - L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.”

A quel moment l'infirmier n'agit plus dans l'intérêt du patient et s'éloigne de la bienveillance ?

2.3.2. Quand parle-t-on de maltraitance ?

Le Conseil de l'Europe, principale organisation de défense des droits de l'homme qui comprend 46 États membres, dont les 27 membres de l'Union européenne, définit la maltraitance comme une violence qui se caractérise par :

“Tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.”

En janvier 2021, la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, instance de concertation participative conjointe au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et au Conseil national consultatif des personnes âgées (CNCPH), a donné une autre définition de la maltraitance :

"Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé, et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement."

Cette commission affirme que, ponctuelles ou durables, les situations de maltraitance peuvent être intentionnelles ou non. Elles peuvent être d'origine "individuelle, collective ou institutionnelle." Au sein d'une situation, les violences et négligences peuvent avoir plusieurs formes et être associées. Peu importe le choix de la définition, la maltraitance s'établit "généralement dans des contextes particuliers" au sein desquels résident, d'après la commission de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance :

- "Une dissymétrie entre la victime et l'auteur
Une personne plus vulnérable, du fait de son handicap, de son âge ou de son état de santé, qui l'empêche de se défendre et de faire valoir ses droits face à une autre.
- Un rapport de "dépendance" de la victime
La victime a besoin d'une autre pour répondre à ses besoins et réaliser pour elle ou avec elle des actes de la vie quotidienne, pour maintenir sa qualité de vie, ou dans un but curatif.
- Un "abus de pouvoir", une "trahison" de celui qui est censé prendre soin de la victime du fait de sa vulnérabilité.
- Une répétition des actes ou des négligences"

Selon cette même commission, le risque de maltraitance sera augmenté en fonction du niveau de dépendance du patient qui est lui-même étroitement lié à sa situation médicale.

2.3.3. L'obstination déraisonnable

Anciennement connue sous le nom d'"acharnement thérapeutique", l'obstination déraisonnable regroupe trois termes caractéristiques selon l'article L. 1110-5-1 du Code de la santé publique : actes ou traitements "inutiles", "disproportionnés" et "n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de l'existence". Autrement dit, c'est le fait de pratiquer des actes ou de mettre en place des traitements qui semblent inutiles voire disproportionnés face à la situation du patient. L'obstination déraisonnable est donc interdite par la loi, loi qui est rappelée dans l'article R4127-37 du Code de la santé publique :

"En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination

déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.”

Ce nouveau terme choisi permet de donner une plus grande importance aux éléments non médicaux. Pour autant ce terme est encore mal compris. En effet, d'un soignant à l'autre, d'un patient ou de la famille d'un patient à l'autre, le seuil d'obstination déraisonnable n'est pas le même. D'où l'importance de la rédaction de directives anticipées. La rédaction des directives anticipées doit être la plus précise possible sur les traitements médicaux, interventions et éléments non médicaux souhaitables et acceptables et ceux non souhaitables et non acceptables. Plus ces directives seront précises et plus ce concept d'obstination déraisonnable sera précis à chaque patient.

L'obstination déraisonnable est régi par la loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016 relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui fait suite à la loi Léonetti du 22 avril 2005. Ces termes sont donc essentiellement utilisés pour les soins palliatifs, qui sont des soins visant au confort des malades.

3. L'entretien semi-directif

3.1. Le dispositif méthodologique

Afin d'étayer les recherches que j'ai faites pour la réalisation du cadre théorique, j'ai interrogé deux infirmiers de terrain. J'ai fait le choix d'interroger deux infirmiers pour avoir des données de comparaisons suffisantes et pouvoir alimenter la discussion en confrontant les données du cadre théorique, des soignants et les miennes. Aussi il m'a semblé pertinent d'interroger des infirmiers avec une ancienneté différente, pour me rendre compte si cela peut influencer sur la pratique.

Ainsi, je pourrais comparer les réponses d'une infirmière exerçant en service de néphrologie, et d'un infirmier exerçant en chirurgie digestive.

Je n'avais pas forcément d'obligation pour la spécialité de service, je voulais seulement qu'ils exercent dans des services différents.

Par souci de confidentialité, je nommerais la première infirmière Géraldine, et le second Téo. Je ne citerai pas non plus les établissements où ils travaillent actuellement.

Pour mener à bien ces entretiens je vais utiliser des questions semi-directives. Celles-ci vont permettre l'expression libre des professionnels dans des questions cadrées.

3.2. Le guide d'entretien

Pour construire le guide d'entretien, j'ai repris les grandes lignes du cadre théorique. J'ai utilisé la méthode de l'entonnoir, en commençant par poser des questions larges pour ne pas cibler un thème de réponses, et finir sur des questions très précises en lien direct avec ma problématique.

Voici les questions que j'ai donc choisit de poser aux professionnels :

1. Peux-tu te présenter brièvement et présenter ton parcours professionnel ?
2. Que ressens-tu lorsque tu penses avoir raté un soin ?
3. Qu'est ce qu'une émotion selon toi ?
4. Selon toi quelle est la place des émotions dans les soins ?
5. Qu'est ce que représente pour toi le travail en équipe ?
6. T'es-t-il déjà arrivé de passer le relais à l'un de tes collègues ?
 - si oui dans quelle situation et qu'as tu ressenti ?
 - quelle a été la réaction du collègue à qui tu as passé le relais ?
7. Te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à tes collègues ?
8. Est ce que tu peux me donner ta définition de l'obstination déraisonnable ?
9. Te fixes-tu une limite de nombre lorsque tu réalises un soin ?
 - si oui combien de chance te laisses-tu et pourquoi ?

J'ai ensuite analysé ces questions afin d'en dégager des objectifs. Ces objectifs me serviront par la suite à mieux analyser les réponses des infirmiers. Ce tableau est disponible en annexe IV.

3.3. Bilan du dispositif

En ce qui concerne le déroulé des entretiens, j'ai pu observer que la forme des questions a favorisé l'expression des infirmiers. Ils ont parlé librement en donnant leur avis sur les différentes thématiques abordées. Leurs réponses étaient toujours en lien avec les questions et je n'ai quasiment jamais eu besoin de les relancer ou de les réorienter sur le sujet.

Ils étaient tous les deux d'accord pour être enregistrés durant l'entretien. Cela n'a pas posé de problème d'expression ou de censure lors des réponses aux questions.

Enfin, ils étaient plutôt contents de pouvoir donner leur point de vue sur ce sujet, qu'ils trouvaient intéressant et peu documenté/abordé.

Le premier entretien s'est déroulé dans les locaux de l'IFSI le 1er février avec Géraldine , infirmière en service de néphrologie.

Le second entretien, avec Téo infirmier en service de chirurgie hépatobiliaire, s'est déroulé par téléphone car nous n'arrivions pas à faire coïncider nos emplois du temps. Nous avons donc organisé un appel le 27 février à 18h.

Au niveau de la conduite des entretiens, je suis peut-être allée trop vite en posant les relances des questions 6 et 9 en même temps que la question principale. J'aurais peut-être eu des informations différentes ou plus de détails en laissant le temps aux infirmiers de répondre d'abord à la question principale, et ensuite aux relances. Je pourrais mieux m'en rendre compte lors de l'analyse de ces entretiens.

De plus, dans la plupart de leurs réponses, les soignants prenaient en compte la dimension du patient. Celui-ci étant l'une des grandes parties de mon cadre théorique, je pense qu'il aurait été intéressant que j'ajoute une question en lien, tel que :

- Comment prendre soin du patient ?
- ou encore quelles attitudes/valeurs soignantes mets-tu en place pour prendre soin de tes patients ?

Avec cette dernière question, j'aurai certainement eu une approche sur les valeurs soignantes dont je parle dans mon cadre théorique. Géraldine en a notamment fait allusion dans l'une de ses réponses que nous aborderons dans la partie suivante, l'analyse des entretiens.

4. Analyse

Une fois les entretiens passés, je les ai retranscrit à l'aide des enregistrements que j'avais sur mon téléphone.

Puis, je les ai analysés en mettant chacune des réponses en face des questions, que j'ai incorporées au tableau où j'avais dressé mes objectifs (disponible en annexe IV). En fonction des questions posées et des réponses que les professionnels m'ont donné, j'ai pu isoler trois parties, en lien avec mon cadre conceptuel :

- La place des émotions dans les soins
- Le travail en équipe
- L'obstination déraisonnable.

Cependant, je rajouterai une partie sur le patient, au vu des réponses en lien avec celui-ci, comme je le disais dans le bilan du dispositif.

Je vais donc présenter l'analyse de ces entretiens sous la forme des quatre parties précédentes, avec en plus, une partie sur la présentation des professionnels.

4.1. Présentation des infirmiers

La première question que j'ai posé est "peux-tu te présenter brièvement et présenter ton parcours professionnel ?".

La première infirmière interrogée, que j'appellerai Géraldine, est diplômée depuis 1997. Elle a exercé à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, au Maroc et en France. Elle a une expérience assez large, elle a notamment travaillé dans différentes structures (EHPAD, hôpital public, PMI, dispensaires, établissement scolaire) et dans différents services (médecine, chirurgie, urgences). Durant sa carrière, elle a travaillé auprès de patients de différentes cultures et de tous âges : nourrissons, enfants, adultes et personnes âgées. Actuellement, Géraldine travaille en service de néphrologie à Rennes, depuis un an maintenant, suite à son retour du Maroc.

Le deuxième infirmier interrogé, que je nommerai Téo, est diplômé depuis 2019. Il a exercé en USLD et en service de remplacement (SDR) sur le pôle abdomen en hôpital public. Il travaille actuellement en chirurgie hépatobiliaire, toujours en hôpital public.

4.2. La place des émotions dans les soins

Avec ma deuxième question : "Que ressens-tu lorsque tu penses avoir raté un soin ?", je souhaitais conscientiser l'émotion.

Pour Téo, rater un soin est plutôt désagréable. En effet, de son point de vue, rater c'est devoir recommencer le soin. Pour le patient ce n'est pas très agréable et pour le soignant c'est "jamais flatteur", il utilise même le terme de "double peine". Il nuance ensuite son propos en disant que si l'on rate une fois le soin "c'est pas mal". Les propos de Géraldine s'accordent plutôt avec la deuxième partie de réponse de Téo, puisqu'elle estime que rater un soin "c'est pas grave" et que même après plus de 20 ans de carrière ça peut arriver de ne pas tout réussir.

Une fois l'émotion conscientisée, avec ma question : "qu'est ce qu'une émotion selon toi ?", je souhaitais savoir comment ils définissent une émotion. J'ai eu à peu près la même définition des deux infirmiers. Selon Géraldine, une émotion est "quelque chose de ressenti face à quelque chose d'extérieur, c'est une réaction de notre corps, par rapport à quelque chose d'extérieur et qui est plus ou moins d'intensité variable." ou encore, selon Téo : "c'est une réaction à laquelle notre organisme et notre corps réagit en fonction d'une situation qu'on a à faire face. (...) ça peut s'exprimer de différentes manières mais ça permet de ressentir et de montrer quelque chose auquel on fait face." Géraldine ajoute cependant qu'une émotion peut-être "positive comme la joie, la gaieté, le bien-être enfin le bonheur." ou "un peu plus négative comme la colère, la peur". Téo parle aussi des différentes émotions, telles que la colère, la tristesse et la joie, mais ne les qualifie pas forcément de négatives ou positives.

Une fois qu'ils m'avaient donné leur définition, je leur ai demandé : "selon toi quelle est la place des émotions dans les soins ?" je voulais connaître leur point de vue, savoir si pour eux les émotions ont un rôle à jouer et si oui lequel : leurs utilités, leurs inconvénients. Par ce biais, je pourrais peut-être savoir si eux même les utilisent dans leurs prise en soins au quotidien, ou pas.

Géraldine pense que les émotions "ont toute leur place dans les soins". Pour elle, lorsqu'on travaille auprès d'humains, il y a forcément des émotions qui entrent en jeu, que ce soit les émotions des soignants ou bien celles des patients. Elle ajoute qu'il y a aussi des émotions lors du soin, elle parle de "relation quand on fait un soin". Cependant, elle estime qu'il "ne faut pas se laisser submerger par les émotions". Téo n'a d'abord parlé que des émotions du patient. Pour lui, avant de faire un soin il faut qu'il sache comment le patient le ressent, comment il l'appréhende et s'il est à l'aise avec le déroulé. Par contre, il n'écarte pas l'aspect technique du soin, pour réussir il faut qu'il y ait les deux. À la suite d'une relance de ma part, en précisant que je souhaitais plutôt savoir la place des émotions soignantes dans les soins, il a ajouté qu'au même titre que le patient, les soignants aussi éprouvent des émotions mais qu'il faut réussir "à faire la part des choses". Selon lui, les émotions apportent un plus lors des soins, puisque les soignants ne ressentent pas le geste de la même manière que le patient peut le ressentir. Pour réaliser un bon soin, il dit qu'il faut tenir compte des émotions, que ce soient celles du patient ou celles du soignant.

4.3. Le travail en équipe

Le travail en équipe étant une partie importante de mon mémoire, j'ai posé la question suivante aux deux infirmiers : "qu'est ce que représente pour toi le travail en équipe ?".

Les deux infirmiers affirment que le travail en équipe est "important" voir "essentiel". Géraldine affirme que "la bonne entente" dans l'équipe "est essentielle dans le travail de tous les jours". Téo ajoute que l'infirmier et l'aide soignant forment un binôme qui est "complémentaire". Il parle aussi de l'équipe comme étant un soutien : "savoir que si jamais tu rates un soin ou si tu es en difficulté sur quoi que ce soit sur une prise en charge quelconque ou tu te sens pas à l'aise ou un truc que t'as pas envie de faire ou pas réussi ou des choses comme ça tu sais que tu peux compter sur ton ou ta collègue qui est là".

"T'es-t-il déjà arrivé de passer le relais à l'un de tes collègues ?". Cette question m'a permis de continuer sur cette notion de travail en équipe mais aussi d'introduire le passage de relais, qui est le sujet de mon mémoire. Pour Géraldine et Téo c'était un oui sans hésitation. Téo ajoute qu'il ne faut pas en avoir honte. J'ai donc relancé les infirmiers avec deux autres questions pour continuer sur ce sujet : "si oui dans quelle situation et qu'as tu ressenti ? Quelle a été la réaction du collègue à qui tu as passé le relais ?". Pour la première relance, Géraldine parle de soins invasifs, comme les poses de cathéters veineux, mais aussi lorsqu'il y a "une forme de gêne avec le patient". Ça lui est en effet arrivée de passer la main à un collègue car elle n'était pas à l'aise avec un patient sur la réalisation d'un soin, ce sont cependant des situations qui restent rares. Pour Téo, les soins invasifs reviennent aussi, notamment avec l'exemple de la prise de sang. Il raconte aussi une anecdote sur la prise en soin d'une jeune femme musulmane et d'un

pansement au niveau de l'abdomen. Du fait de la nudité de la patiente pour la réfection du pansement, Téo a passé le relais à l'une de ses collègues pour respecter la religion de sa patiente. De même que Géraldine, c'est une situation exceptionnelle mais qui nécessite de passer la main pour le bon déroulé du soin.

Au niveau de la réaction des collègues, Géraldine n'a jamais eu de problème. Si son collègue n'est pas disponible à ce moment, il la réoriente vers un autre. Elle estime que les soignants sont là pour s'entraider, elle sait aussi se rendre disponible lorsqu'un de ses collègues lui demande son aide en retour. Téo pense la même chose et ajoute que c'est le patient qui est au centre de la prise en charge et pour qu'il bénéficie de la meilleure prise en soin, pouvoir déléguer des soins à ses collègues est positif. Le travail en équipe est donc d'une importance capitale dans leur métier et chacun sait qu'il peut compter sur ses collègues s'il se retrouve en difficulté. De même, leurs collègues peuvent compter sur eux s'ils se retrouvent en difficulté.

Te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à tes collègues ? Pour Géraldine, il n'y a aucun souci à passer le relais, ou même à poser des questions à ses collègues, ou aux médecins. Elle n'hésite jamais à le faire au risque de se retrouver en difficulté. Ayant fait beaucoup de services différents, elle explique que pour elle c'est la base d'une équipe soignante de pouvoir s'entraider, elle n'a d'ailleurs jamais eu de problèmes avec ses collègues. Téo nuance un peu plus en disant au début de sa réponse que des fois il préférerait ne pas avoir à passer la main au risque de se faire "charrier" par ses collègues. Il ajoute cependant que ça arrive à tous et que par conséquent "c'est à charge de revanche". Selon lui, passer le relais n'est pas une honte puisque tout le monde peut se retrouver en difficulté et avoir à demander de l'aide.

4.4. L'obstination déraisonnable

La partie portant sur les droits des patients m'a conduit sur la maltraitance et notamment la notion d'obstination déraisonnable. Ce nouveau terme a remplacé celui "d'acharnement thérapeutique" jugé trop limité. Il me semblait intéressant d'interroger Géraldine et Téo sur cette notion, afin de savoir ce qu'il en savait. Je leur ai donc posé la question suivante : "est ce que tu peux me donner ta définition de l'obstination déraisonnable ?", en choisissant exprès de ne pas préciser le terme "d'acharnement thérapeutique". Les deux réponses étaient très intéressantes. Téo d'une part définissait l'obstination déraisonnable comme étant un soin que le soignant continue à faire et refaire, alors qu'il sait qu'il n'y arrivera pas. Il continue car n'ose pas ou ne veut pas demander de l'aide. Téo précise que, dans ce cas là, le soignant oublie que c'est pour le patient qu'il fait le soin, pour son confort. Géraldine parle d'effet tunnel, qu'elle définit comme un total submergement par le soin jusqu'à la réussite, au point d'oublier le patient, qu'elle qualifie de "morceau de peau". Elle ajoute même qu'à ce moment-là on n'est plus soignant. Ça m'a interpellé qu'ils utilisent tous les deux le terme "d'oublis". J'y reviendrai plus en détail dans la discussion.

En lien avec cette définition, je trouvais intéressant de savoir s'ils se posaient des limites pour justement ne pas tomber dans cette obstination déraisonnable. "Te fixes-tu une limite de nombre lorsque tu réalises un soin ?" avec en relance : "si oui combien de chance te laisses-tu et pourquoi ?". Les deux infirmiers se laissent chacun deux chances, bien que Téo s'en laissait 3 au début de sa prise de poste. Géraldine se laisse deux chances par respect pour le patient ainsi que pour elle, tandis que Téo estime que c'est au patient de décider. S'il veut bien qu'il réessaye une troisième fois, car il n'est ni douloureux ni inconfortable, alors Téo refera le soin une troisième fois, sinon il passera la main.

4.5. Le patient

Lors de la retranscription des entretiens, j'ai pu voir que les infirmiers avaient souvent parlé du patient. Étant l'une des grandes parties de mon cadre théorique, il me semblait important d'aborder leurs réponses dans l'analyse, bien que je n'ai pas posé de questions en rapport avec celle-ci.

À la question : "selon toi quelle est la place des émotions dans les soins ?", Téo a répondu qu'il était important de prendre en compte les émotions de nos patients, surtout lors d'un geste technique, puisque c'est lui qui subit ce geste. D'ailleurs, il a ajouté que sans se préoccuper des émotions du patient, le soins ne serait pas de qualité. Puis, à la question sur le passage de relais, il a répondu qu'il ne fallait pas oublier que le patient est le centre de notre prise en charge. Il a d'ailleurs changé son terme en employant plutôt le terme de "prise en soin". Car en effet, selon lui, tout ce qu'on lui apporte c'est pour son bien être et son bon rétablissement.

Par conséquent, passer le relais à son collègue est bénéfique pour sa prise en soin. En lien avec cette question, il m'a donc répondu qu'il se laissait deux essais, mais que si le patient était d'accord, confortable et non algique, il en faisait trois.

En réponse à la même question, Géraldine, elle se laisse aussi deux chances, par respect pour le patient.

Dans l'une de ses réponses sur l'obstination déraisonnable, Géraldine a dit "quand on est totalement submerger par juste le soin et que y'a rien d'autre que ça, (...) et là pour moi on n'est plus soignant.". Sa réponse semble totalement en lien avec la partie sur le patient mais aussi avec celle sur le prendre soin, notamment par le biais des valeurs soignantes. J'y reviendrai aussi, plus en détails dans la discussion.

5. Discussion

A présent, je vais confronter les écrits des auteurs avec les réponses des professionnels ainsi que mes propres idées.

Pour rappel, ma question de départ était : “en quoi le ressenti des soignants en difficulté lors de soins, justifie-t-il l’interruption de ceux-ci pour le bénéfice du patient ?”.

Je vais croiser les différentes idées en partant des parties que j’ai isolé lors de l’analyse des entretiens, à savoir la place des émotions dans les soins, le travail en équipe ainsi que l’obstination déraisonnable. Je parlerais aussi du patient et du prendre soin, dont j’ai analysé quelques réponses précédemment.

5.1. Des émotions...

La deuxième situation d’appel que j’ai présenté dans ce mémoire, est une situation dans laquelle j’ai été actrice. Malheureusement, je n’ai pas réussi du premier coup la prise de sang de ce patient, à première vue, facile à prélever. J’ai donc parlé de ce que j’avais ressenti lors de ce loupé : de la honte, de la peur de recommencer le soin et de ne pas réussir, une fois encore ainsi que la gêne de devoir dire à l’infirmière que j’avais raté une prise de sang qui semblait “facile” et que je préférais qu’elle la fasse à ma place. Ce moment n’a peut-être duré que quelques secondes, mais une multitude d’émotions m’ont envahie. Je rejoins tout à fait les propos des infirmiers sur ce qu’est une émotion. La définition que chacun d’eux m’a donnée, était notamment très proche de celle de Karine Gantois : “elle nous traverse au moment où nous vivons certain type de situation. Elle peut être de différentes intensités. (...) Et le corps traduit cette réaction sensible (sueurs, palpitations, rougeurs, tremblements...)” (2017, p.1).

Les réponses que m’ont apportées les professionnels m’ont totalement convaincu du fait que, même avec des années de pratique, un soignant est amené à ne pas réussir tous ses soins et ce n’est pas grave. Téo à d’ailleurs répondu que ce n’était pas agréable, certes, mais qu’au final ce n’était “pas si mal de rater un soin”. Géraldine est convaincue que ce n’est pas grave et que chacun est amené à rater, même après des années de carrière. Cependant, aucun des deux professionnels ne m’a précisé par quelle émotion il été traversé lors d’un soin raté. Tout de même, ils s’accordent à dire que les émotions sont très importantes dans la profession infirmière, que ce soit celles des soignants et celles des patients.

Ce qui mérite d’être ajouté, que nous n’avons, ni moi, ni les professionnels, abordé, c’est le fait qu’elles soient vectrices de nos actions soignantes et animent nos soins. Comme le dit très bien Sebastian Korb, dans *Le traité de psychologie des émotions* de David Sander et Klaus R.Scherer : “Elles nous permettent aussi de former des représentations sur les résultats possibles de situations et comportements, et guident ainsi nos actions et pensées.”

Monique Rémillieux nous explique que “Reconnaître les émotions, les siennes et celles des autres, nous permet d’améliorer notre communication, nos échanges, nos relations, en développant notre empathie et

ainsi de générer moins de stress.” Je partage totalement son point de vue. Je pense qu'au-delà des émotions, les valeurs que possèdent les soignants, comme l'empathie, sont d'une grande importance dans la prise en soin des patients. De même, je pense que ces valeurs soignantes sont bénéfiques au travail d'équipe.

5.2. ...au travail en équipe...

Le travail d'équipe est un point essentiel du métier d'infirmière, c'est en effet ce que m'ont répondu Géraldine et Téo. Il est très important dans le travail au quotidien, puisque de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux gravitent autour du patient, comme nous le rappelle le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* : “mise en commun interdisciplinaire de travaux, d'actions professionnelles afin de réussir ensemble des objectifs communs (institutionnels, protocolaires...), centrés vers la personne soignée.” Des professionnels tels que des aides soignants, kinésithérapeutes, psychologues, médecins, diététiciens etc. ayant des compétences, des formations et des expériences différentes, mais qui sont complémentaires. Complémentaire, c'est notamment le mot qu'a utilisé Téo pour qualifier la relation entre l'aide soignant et l'infirmier. En stage, j'ai notamment eu l'occasion de travailler avec des équipes qui s'entraident. La dynamique de l'équipe est positive et bienveillante et les soignants sont à l'écoute les uns des autres. Ce travail d'équipe favorise la bonne prise en soin des patients. Je suis donc totalement d'accord avec Géraldine lorsqu'elle me dit qu'elle n'hésite jamais à aller voir le médecin si elle a le moindre doute, ou des questions en rapport avec un médicament qu'elle ne maîtrise pas encore très bien. Pour la sécurité du patient et la mienne, je sais que c'est quelque chose que je n'hésiterai jamais à faire et elle m'a rassuré sur ce point là.

Passer le relais c'est “ intégrer la dimension pluriprofessionnelle et collective des soins dans sa pratique quotidienne, pour en faire bénéficier les patients.” (p.401), revue *Prescrire Passer la main*, 2015. Les deux soignants sont au clair avec le passage de relais et n'hésitent pas à le faire. Géraldine passe le relais lors de soins invasifs “comme les perfusions”, mais aussi lorsqu'il y a “une forme de gêne avec le patient”. Pour Téo, ce sont les prises de sang. Sa réponse rejoint celle de Géraldine avec les soins invasifs, mais, ça lui est aussi arrivé dans une situation religieuse. Entendre les réponses de ces professionnels me permet de me rendre compte que n'importe quel infirmier est amené à passer le relais au moins une fois dans sa carrière, est qu'au contraire, ce n'est pas une honte mais c'est même plutôt bénéfique au patient et à soi.

Comme le souligne la revue précédente, “Réaliser correctement un geste technique c'est aussi penser que l'on n'exerce pas seul, et qu'en cas d'échec, un autre soignant réussira le geste.” (p.401). Je trouve qu'il y a une notion d'acceptation dans cette citation car il faut réussir à accepter que l'on ne peut pas tout réussir. Le plus dur pour moi c'est aussi d'accepter que ce n'est pas une honte et que passer la main devrait être quelque chose de facile à faire. Les deux soignants n'ont d'ailleurs jamais eu de souci à passer la main à leurs collègues. Là encore, ils s'accordent en disant que passer le relais oui, mais il faut aussi savoir

accepter d'aider un collègue dans le besoin, en retour. Bien-sûr, si l'on est disponible, sinon il y aura toujours un autre soignant disponible, je pense d'ailleurs aux infirmières de coupe qui peuvent se détacher assez rapidement.

5.3. ...pour lutter contre la maltraitance...

En faisant mes recherches sur l'acharnement thérapeutique, j'ai appris que ce terme n'était plus utilisé et qu'il avait été remplacé par le terme "obstination déraisonnable". Cette formule a été choisie pour donner une plus grande importance aux éléments non médicaux. Je trouve que ce terme est beau et moins péjoratif qu' "acharnement thérapeutique". C'est vrai qu'en enlevant le mot "thérapeutique" on y retrouve une autre dimension que celle des médicaments et je trouve que cela donne plus de sens aux gestes que l'on a envers les patients qui peuvent être interprétés de la mauvaise façon.

Au début de mes recherches, j'avais défini l'obstination déraisonnable comme étant l'obstination du soignant sur son patient jusqu'à la réussite du soin et ce même si le patient en souffre (psychologiquement et/ou physiquement), donc déraisonnable. Au vu des réponses des soignants, ce terme est encore mal connu. En effet, suite à l'analyse des entretiens je me suis rendue compte que les soignants avaient plutôt défini le terme de "maltraitance", tout comme moi.

Alors que si l'on reprend la définition de l'obstination déraisonnable selon le code de la santé publique, celle-ci est définie comme étant des actes ou traitements "inutiles", "disproportionnés" et "n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de l'existence". En étayant un peu plus mes recherches, je me suis rendue compte que l' "acharnement thérapeutique" ainsi que l' "obstination déraisonnable" concernaient essentiellement les soins palliatifs. Cependant, je pense que l'obstination déraisonnable est une forme de maltraitance et que par conséquent nous pourrions l'élargir aux soins généraux.

En s'appuyant sur le tableau en annexe I créée par la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, la maltraitance ce sont des "gestes brutaux", des "agressions physiques", des "attentats à la pudeur", une "indifférence" et bien d'autres exemples qui portent atteinte aux droits et besoins fondamentaux du patient. En observant le nom de la commission, nous pouvons relever le mot bientraitance. Selon le site bientraitance.fr, la bientraitance pourrait se définir comme étant le "contraire positif de la maltraitance". N'ayant pas évoqué ce terme dans le cadre théorique, je souhaiterais le définir dans cette partie. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) la bientraitance est "une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins." Ce terme reprend deux idées principales développées dans le cadre théorique, à savoir l'équipe et le prendre soin.

Géraldine a parlé "d'effet tunnel", terme que j'ai eu l'occasion d'utiliser dans la partie sur l'obstination déraisonnable de mon cadre théorique. Elle en a donné une définition qui se rapproche étroitement de celle donnée par la revue web *Le quotidien du médecin*. Elle explique l'effet tunnel comme étant un

submergement par le soin avec la réussite comme seul objectif. J'ai trouvé intéressant de comparer sa définition à la réponse de Téo, qui précise que l'objectif principal d'un soin, c'est de soigner le patient.

5.4. ...de nos patients

Être soignant c'est "prendre soin des personnes et pas seulement faire des soins", Walter Hesbeen. J'apprécie énormément cette citation car je m'y retrouve dedans. Dans beaucoup de stages que j'ai pu faire durant ma formation, des soignants me disaient de bien prendre le temps avec les patients. Ils me permettaient de rester plus longtemps dans la chambre d'un patient afin que je puisse parler avec celui-ci, que je prenne le temps de faire un soin, comme un pansement ou une toilette. Certains me disaient que diplômée je n'aurai plus le temps de prendre le temps de "bavarder" avec les patients. Je trouve ça totalement faux et à l'opposé du métier d'infirmière. Justement j'ai trouvé très intéressant d'analyser les réponses des deux infirmiers car ils considèrent le patient dans sa globalité. Il y a notamment une phrase que Géraldine a dit qui m'a marquée lorsqu'elle parlait de l'effet tunnel : "là pour moi on n'est plus soignant". Faire les soins sans se préoccuper du patient, de ses émotions c'est aller à l'encontre des droits du patient. L'infirmière doit agir dans l'intérêt du patient, selon le code de déontologie des infirmiers. Ce n'est pas pour rien que Walter Hesbeen oppose "prendre en soin" et "prendre en charge". Prendre en soin un patient c'est s'occuper de l'humain dans sa globalité, le "care". Prendre en charge un patient c'est oublier l'humain, ce terme objetise le patient au risque de se focaliser seulement sur le geste et rien d'autre comme le dit Géraldine en parlant de "morceau de peau" ou comme Téo le dit en disant "oublier le fait que le patient c'est pour lui que l'on fait ça". Ils ont tous les deux évoqué le patient avec sollicitude mais aucun des deux n'a fait allusion aux droits du patient. A priori, à chaque nouveau patient hospitalisé, un livret d'accueil leur est remis avec notamment la charte de la personne hospitalisée. D'autres notions de droits y sont présentées, comme celle de la personne de confiance ou encore des directives anticipées.

Grâce aux entretiens que j'ai mené ainsi qu'à mes recherches, j'ai pu créer du lien entre les différentes notions de ma question de départ. Je me suis rendue compte que sans les émotions soignantes nous ne pouvons pas prendre soin des patients, et sans l'équipe non plus. Or, le "prendre soin" est la base du métier de soignant. Il me semble donc avoir abouti, grâce à ce travail de recherche, à une réponse à ma question de départ.

Cependant, je trouve que cette question ne met pas assez en avant la dimension d'équipe dont je parle principalement dans ce mémoire. D'après cette réflexion et toutes les notions abordées dans cet écrit, j'ai pu identifier ma question de recherche : **En quoi le soutien de l'équipe auprès d'un collègue qui se sent en difficulté favorise la bonne prise en soin du patient ?**

6. Conclusion

Ce travail de recherche est l'aboutissement de trois années de formation. C'est avec un peu de nostalgie de mes années étudiantes que j'écris cette conclusion, mais beaucoup d'excitation pour la suite de ma nouvelle vie, en tant qu'infirmière.

Au début de mon mémoire je me posais beaucoup de questions, telles que : "qu'est ce qu'un mémoire ? à quoi ça va me servir ? et de quoi je vais bien pouvoir parler ?". En troisième année, on passe le plus clair de notre temps sur ce fameux mémoire, alors il fallait bien que je choisisse un sujet qui m'intéresse. Quoi de mieux que le sujet de deux des analyses de pratiques professionnelles faites en stage.

Le patient est le centre de notre prise en soins, autour de lui gravite une grande équipe soignante, chacun ayant un rôle complémentaire dans son parcours hospitalier et son bien-être. Alors pourquoi trop souvent oublions-nous le patient ? C'est la question que je me suis posée au travers de ma question de départ : "en quoi le ressenti des soignants en difficulté lors de soins, justifie-t-il l'interruption de ceux-ci pour le bénéfice du patient ?".

J'avais déjà mes idées sur ce sujet, mais le mémoire c'est avant tout un travail de recherche. Mon cadre théorique s'est construit petit à petit autour du "prendre soin", des émotions et du patient en général. Par la suite, j'ai pu interroger deux infirmiers afin d'enrichir mes nouvelles connaissances, et, finalement, comparer leurs réponses au cadre théorique et à mes idées.

Ce mémoire a été un réel plus pour moi. Il m'a permis de déconstruire certaines idées que j'avais, notamment sur la disponibilité des collègues soignants. Je pense que grâce à ce travail, je me sentirais plus à l'aise et détendue de demander de l'aide à mes collègues, si je suis en difficulté. J'envisage donc ma future prise de poste de manière plus sereine. Par le biais de mes entretiens, j'ai aussi compris que le métier d'infirmier était un métier en évolution continue, que notre pratique se remet en question aussi souvent que nécessaire et que par conséquent, mes pratiques d'aujourd'hui ne seront pas forcément mes pratiques de demain.

7. Bibliographie

Ouvrages :

Sander, D., Scherer, Klaus R. (Dir). (2009 ou 2019 ?). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.

Formarier, M., Jovic, L. (Dir). (2012). *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème édition. M. Conseil.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson.

Mucchielli, R. (2012). *Le travail en équipe : clé pour une meilleure efficacité collective*. ESF.

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. Setes.

De Broca, A. (2014). *Le soin est une éthique : les enjeux du consentement ou du refus de soins et l'obstination déraisonnable*. S. Arslan.

Sites internet :

(n.d.). Réflexion sur le soin. Retrieved January 4, 2023, from

<https://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/le-soin.pdf>

(n.d.). Untitled. Retrieved January 4, 2023, from

<https://www.ch-versailles.fr/Ressources/FCK/2022%20Quotidien%20du%20Medecin%20Dr%20Raynal.pdf>

Berthiau, D. (n.d.). *PENSER ENSEMBLE L'OBSTINATION DÉRAISONNABLE*. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Retrieved January 4, 2023, from

https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2021/05/penser_ensemble_obstination_deraisonnable.pdf

Caillol, M. (2019, 16 octobre). L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante. cairn.info.

<https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2019-1-page-133.htm?ref=doi>

Castello, C. (n.d.). *Untitled*. en htm. Retrieved January 4, 2023, from

https://www.ifpssnc.nc/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/NH03678418/Lesemotionsdessoignants-Soinspediatrie-puericulture304pages9-41.pdf#page=2

Comment utiliser la roue des émotions en classe ? (2022, July 29). Bien Enseigner. Retrieved April 17, 2023, from

<https://www.bienenseigner.com/roue-des-emotions-en-classe/>

De Baracé, C. (2016, 1 octobre). Les passages de relais. Bien se lier pour pouvoir se délier en sécurité ... cairn.info.

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2016-2-page-109.htm?contenu=article>

Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016, 2 février). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? cairn.info.

<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>

Home. (n.d.). YouTube. Retrieved January 4, 2023, from

https://www.weka.fr/base-juridique-weka/code_CSP_LEGISCTA000006196409.html#R4127-37

L'acharnement thérapeutique. (n.d.). Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Retrieved January 4, 2023, from

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/lobstination-deraisonnable/>

L'empathie est l'essence du soin ; c'est le souci qu'on a de l'autre'. (2019, October 7). RTBF.be. Retrieved January 4, 2023, from

<https://www.rtbf.be/article/l-empathie-est-l-essence-du-soin-c-est-le-souci-qu-on-a-de-l-autre-10335272>

"L'empathie est l'essence du soin ; c'est le souci qu'on a de l'autre". (2020, January 27). LinkedIn.

Retrieved January 4, 2023, from

<https://fr.linkedin.com/pulse/lempathie-est-lessence-du-soin-cest-le-souci-quon-de-lautre-desmet>

L'empathie : une émotion qui prend sa source chez autrui. (n.d.). RTBF.be. Retrieved April 17, 2023, from

<https://www.rtbf.be/article/l-empathie-une-emotion-qui-prend-sa-source-chez-autrui-10236424>

L'importance de clarifier ses ressentis, ses émotions et ses sentiments - IFMAN Co. (2017, May 3). Les IFMAN. Retrieved January 4, 2023, from

<https://www.ifman.fr/ifman-co/ressources-ifman/ressource-article/l-importance-de-clarifier-ses-ressentis-ses-emotions-et-ses-sentiments/>

- Maltraitance sur les patients : comment agir ?* (n.d.). MACSF. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/suspicion-de-maltraitance-sur-l-un-de-vos-patients-comment-agir>
- Marmilloud, L. (2018, 21 juin). Quand l'expérience du soin nous malmène. cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2018-2-page-31.htm>
- Morgand, C., Cabarrot, P., Coniel, M., & Lakhilfi, C. (2022). *Analyse exploratoire des biais cognitifs dans les événements indésirables associés aux soins*. Retrieved Janvier 4, 2023, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762022000335>
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010, 20 septembre). Edito. La « bienveillance » : qu'est-ce que c'est ?cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2010-2-page-10.htm>
- 137 - *QRM 42 réponses et commentaires*. (n.d.). SFAP. Retrieved January 4, 2023, from <https://sfap.org/document/137-qrm-42-reponses-et-commentaires>
- Qu'est-ce que l'obstination déraisonnable ?* (n.d.). WEKA. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/droits-des-patients-et-des-residents-dt60/qu-est-ce-que-l-obstination-deraisonnable-4832/>
- Remillieux, M. (2018, February 8). *Les émotions, amies ou ennemies : aide-soignant, métier à haut risque*. Elsevier. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/paramedicaux-pro/les-emotions.-amies-ou-ennemies-aide-soignant.-metier-a-haut-risque>
- Ricoeur, P. (2011, June 2). *Le savoir-être en soins infirmiers: une mosaïque complexe*. Prendre soin. Retrieved January 4, 2023, from http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/04/Le_savoir-etre.pdf
- Soignants : savoir se passer le relais dans l'intérêt du patient*. (2015, June 1). Prescrire. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.prescrire.org/fr/3/31/49957/0/NewsDetails.aspx>
- UNESSA asbl - 03-Vieillir*. (n.d.). UNESSA. Retrieved January 4, 2023, from <http://unessa.be/Ethica-clinica/Les-numeros/Personnes-agees/Vieillir.aspx>
- Valeurs de la profession infirmière*. (n.d.). OIIQ. Retrieved January 4, 2023, from <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Zielinski, A. (2010, 28 novembre). L'éthique du care. cairn.info.
<https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>

Articles :

Mann, J. (2003, June 17). *Droits de l'homme : l'exigence de valeurs communes* | *article* | *Espace éthique/Ile-de-France*. Espace-ethique.org. Retrieved January 4, 2023, from
<https://www.espace-ethique.org/ressources/article/droits-de-lhomme-lexigence-de-valeurs-communes>

Olano, M. (2019). Quand les émotions déraillent. *Sciences humaines*, 320, 34-57.

Quignard, E. (2016, January 6). *Défis éthiques et valeurs du soin* | *article* | *Espace éthique/Ile-de-France*. Espace-ethique.org. Retrieved January 4, 2023, from
<https://www.espace-ethique.org/ressources/article/defis-ethiques-et-valeurs-du-soin>

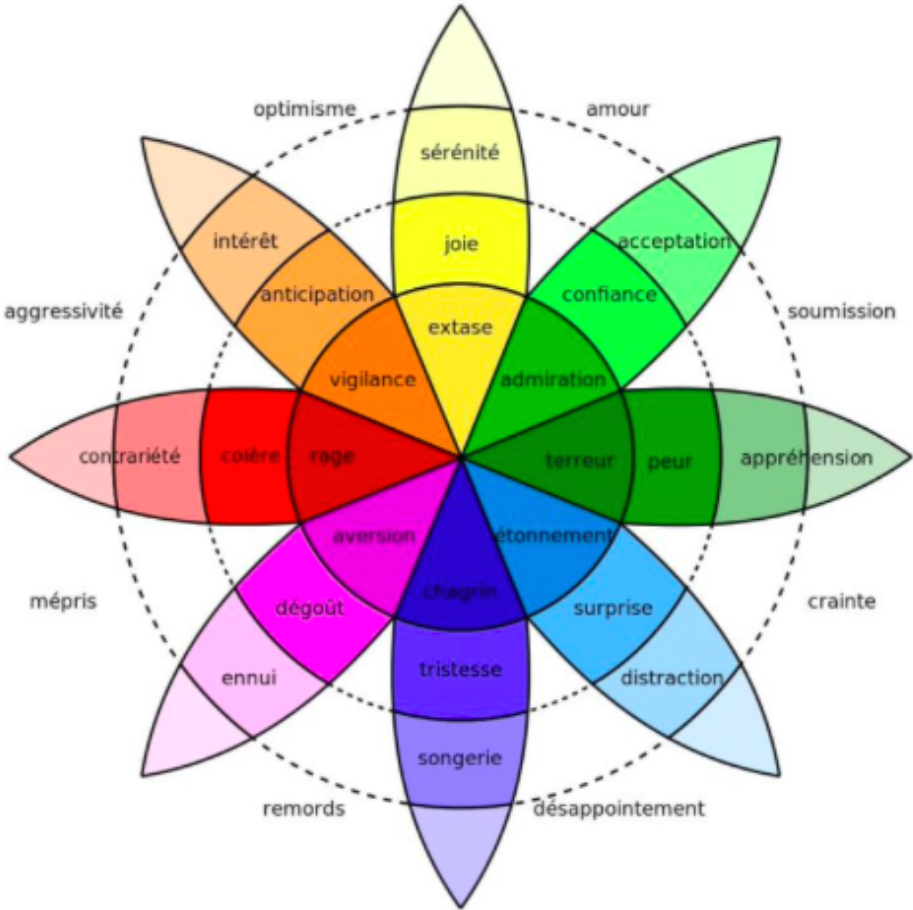
Textes législatifs :

Article L1110-5-1 - Code de la santé publique. (2016, February 4). Légifrance. Retrieved January 4, 2023, from https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031971164

Cours magistraux :

CM Mme Mahouin, histoire et philosophie des soins palliatifs - évolution législative, 2023

ANNEXE I - La roue des émotions de Robert Plutchik (1991)



ANNEXE II - Caractérisation des situations de maltraitance

Afin d'expliciter la définition et d'en faciliter l'identification, une caractérisation des situations de maltraitance a été faite par la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Cette typologie consiste à classer les situations selon la nature des actes ou des omissions dont il est question.

Maltraitances physiques	Châtiments corporels, agressions physiques (coups, brûlures...), gestes brutaux, enfermement, usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous-médication, usage de traitements à mauvais escient (notamment des sédatifs), douleur non prise en charge, intervention médicale sans consentement.
Maltraitances sexuelles	Viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles, embrigadement dans la pornographie et la prostitution, attentats à la pudeur.
Maltraitances psychologiques	Insultes, intimidation, harcèlement, humiliation, menace de sanctions ou d'abandon, mise à l'écart, relégation des espaces de vie ou des activités (repas, loisirs, fêtes, vacances...), chantage affectif, déni du statut d'adulte, infantilisation, usage d'un vocabulaire dégradant, indifférence, silence systématisé, contraintes ou limitations alimentaires injustifiées, imposition de règles d'utilisation de moyens de communication empêchant le maintien des liens sociaux et familiaux, privation d'équipements ou d'activités destinés à favoriser le développement et/ou les relations sociales de la personne, emprise mentale, sous ou surprotection entravant l'exercice et le développement de l'autonomie
Maltraitances matérielles et financières	Fraude, vol d'effets personnels, d'argent ou de biens, privation de gestion de ses ressources ou d'accès à ses comptes bancaires, escroquerie, confiscation de cadeaux, dégradation des biens d'une personne, racket
Négligences, abandons, privations	Défaut de soins, défaut d'adaptation de la prise en charge de la personne au regard de son diagnostic médical, absence de recherche d'un consentement éclairé pour toute décision qui concerne la personne (hors situation d'urgence), privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, obstructions ou restrictions abusives à l'égard des visites ou des contacts avec les proches, négligence de l'hygiène personnelle, inaction conduisant à laisser la personne dans un état de dénuement ou d'isolement, absence de recherche de relai ou de continuité d'intervention suite à un départ ou une rupture de prise en charge, entrave ou insuffisance des moyens mis en œuvre pour permettre l'exercice du droit de vote ou l'accès à une aide, à une prestation, entrave ou refus de reconnaître le droit à vivre librement sa sexualité (dans les limites de l'âge et de la faculté de compréhension)
Discriminations	Accès difficile, dégradé ou impossible aux droits civiques, à la pratique religieuse, au logement, aux soins, à l'éducation, au travail, aux prestations sociales, à une information loyale et compréhensible, mise sous tutelle abusive
Exposition à un environnement violent	Environnement familial ou institutionnel violent dans lequel la personne est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement.

Annexe III - Entretien numéro 1

Date : 1/02/23

Lieu : Locaux de l'IFSI

Loane : Bonjour, peux-tu te présenter brièvement et présenter ton parcours professionnel ?

Géraldine : Bonjour, je m'appelle Géraldine, je suis infirmière depuis 97. En gros pour résumer j'ai travaillé deux ans à Mayotte en tant qu'infirmière en médecine chirurgie et les urgences ensuite j'ai travaillé 12 ans en Nouvelle-Calédonie où j'ai pu travailler dans les dispensaires et ensuite j'ai intégré l'hôpital où j'ai travaillé en service de pneumo urgence pédiatrique et urgence gynéco ensuite deux ans en France où j'ai fait des remplacements en EHPAD et en PMI auprès du conseil général. Ensuite huit ans au Maroc dont trois ans en centre de simulation à faire de la formation auprès des étudiants paramédicaux à casa et quatre ans en tant qu'infirmière scolaire dans un collège français à casa et depuis sept mois retour en France et je travaille en service de néphrologie.

Loane : Que ressens-tu lorsque tu penses avoir raté un soin ?

Géraldine : Alors effectivement au bout de plus de 20 ans de métier on arrive encore à ne pas réussir à 100% tous les soins quand je parle des soins c'est les soins un peu invasif comme les perfusions et tout, du coup je me laisse si je le sens, une deuxième chance de réussir et ensuite je passe la main assez facilement. Après comment je me sens, je ne me sens pas, j'ai pas une sensation de, c'est pas grave quoi j'essaye de prendre mon temps et si je le sens pas je passe facilement la main.

Loane : Qu'est ce qu'une émotion selon toi ?

Géraldine : Alors qu'est-ce qu'une émotion ? Pour moi une émotion je la définirais comme quelque chose qu'on ressent, plus ou moins intensément. Ça peut-être une émotion plutôt positive comme la joie, la gaieté, le bien-être enfin le bonheur. Et un peu plus négative comme la colère, la peur, voilà. Donc oui pour moi c'est quelque chose de ressenti face à quelque chose d'extérieur, c'est une réaction de notre corps, par rapport à quelque chose d'extérieur et qui est plus ou moins d'intensité variable.

Loane : Selon toi, quelle est la place des émotions dans les soins ?

Géraldine : Ah les émotions elles ont toute leur place dans les soins, on travaille avec des humains donc forcément qui dit humains dit émotions et elles sont là que ce soit dans la relation entre patient soignant ou même dans la relation quand on fait un soin bien sûr que les émotions sont là et dans les deux sens que ce soit les émotions soignant et les émotions patient. Je sais pas si je réponds bien à la question ?

Loane : Oui mais quelle est leur place ? Pourquoi elles sont là ? A quoi elles vont servir dans les soins ?

Géraldine : Alors il faut savoir je pense doser après ça dépend aussi les patients avec lesquels on a cette approche, y'a des patients où effectivement on va être plus à l'aise que d'autres, ça c'est des ressentis et ça ça m'arrive encore, des patients qui te mettent un peu moins à l'aise et du coup t'as un peu moins confiance en toi et du coup ça interfère dans la bonne pratique mais à partir du moment où on soigne des humains y'a tout un tas d'émotions qui entrent en jeu mais faut pas se laisser submerger par les émotions mais elles sont présentes quoi qu'il advienne.

Loane : Qu'est ce que représente pour toi le travail en équipe ?

Géraldine : Ah le travail en équipe pour moi il est essentiel ! Il est vraiment essentiel il fait partie intégrante déjà de la bonne entente entre soignants voilà parce qu'on peut autant travailler avec des aides soignants qu'avec les ASH les médecins donc pour moi l'entente avec l'équipe est primordiale. Elle est essentielle dans le travail de tous les jours au quotidien.

Loane : T'es-t-il déjà arrivé de passer le relais à l'un de tes collègues ?

- si oui dans quelle situation et qu'à tu ressenti ?

Géraldine : Oh oui ça m'arrive très souvent même encore. Alors ça m'arrive quand c'est un soin invasif, moi je me laisse toujours la limite de maximum deux fois, et quand j'y arrive pas je passe la main à un de mes collègues voilà et ça m'arrive de passer la main, ça m'arrive très rarement mais quand je sens qu'il y a une forme de gêne avec le patient, voilà ça m'est arrivé où j'étais pas très à l'aise sur un soin et j'ai demandé à mon collègue de le faire à ma place voila.

Loane : quelle a été la réaction du collègue à qui tu as passé le relais ?

Géraldine : Alors moi sur tous les établissements où je suis passée j'ai jamais eu de souci voila. On est là pour s'entraider et inversement quand on me demande de l'aide je me rend dispo. Après on n'est pas toujours dispo au moment même ou le collègue nous le demande parce qu'on a en charge nos propres patients. Mais par contre ça s'est toujours bien passé quand je demande à un collègue de prendre la main sur un soin généralement s'il est pas disponible il va m'orienter sur un autre collègue, mais généralement y'a aucun souci entre collègues on s'entraide pour moi c'est la base.

Loane : Te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à tes collègues ?

Géraldine : Oui complètement, moi j'éprouve aucune gêne à demander de l'aide même si j'ai des questions si je suis pas sûre d'un calcul de dose. Ou si je suis pas encore à l'aise à passer un médicament parce que voilà par l'expérience et voila j'hésite pas du tout à demander soit au médecin, soit à mes collègues.

Loane : Est ce que tu peux me donner ta définition de l'obstination déraisonnable ?

Géraldine : Alors pour moi l'obstination déraisonnable ça serait s'obstiner à absolument réussir un soin ou là on ne voit que le morceau de peau et on voit plus l'être humain en face de nous. De peau ou autre chose, mais le soin qu'on a à faire et de se focaliser absolument sur le geste. C'est ce que j'appelle moi l'effet tunnel, quand on est totalement submerger par juste le soin et que y'a rien d'autre que ça, qu'on entend rien d'autre que ça, et que l'objectif principal c'est la réussite de ce soin et rien d'autre, et là pour moi on est plus soignant.

Loane : Te fixes-tu une limite de nombre lorsque tu réalises un soin ?

- si oui combien de chance te laisses-tu et pourquoi ?

Géraldine : Oui moi je me laisse comme je te disais 2 chances. Si au bout de 2, alors je vais prendre l'exemple des perfusions ou des prises de sang ce sont des choses que nous avons très souvent dans notre pratique, si au bout de 2 essais je passe la main systématiquement ça m'est jamais arrivé de faire plus par respect pour le patient pour moi aussi je fais jamais plus de 2 fois.

Loane : Super, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions ! A bientôt.

Annexe IV - Entretien numéro 2

Date : 27/02/23

Lieu : entretien téléphonique

Loane : Bonjour, peux-tu te présenter brièvement et présenter ton parcours professionnel ?

Téo : Bonjour, moi c'est Téo diplômé depuis juillet 2019. J'ai commencé aussitôt sur le CHU de Rennes. J'ai fais 2 mois et demi dans le service d'USLD à la Sauvrais et j'ai fait après 3 ans sur le service de remplacement du pôle abdomen du CHU Pontchaillou et depuis octobre 2022 je suis en post fixe dans le service de chirurgie hépatobiliaire et digestive.

Loane : Que ressens-tu lorsque tu penses avoir raté un soin ?

Téo : Forcément quand tu rates un soin c'est jamais agréable parce que déjà pour le patient si tu le rates ça veut dire que tu recommences, donc c'est une double peine. Et c'est jamais flatteur mais après c'est pas mal si tu rates une fois, le premier exemple qui me vient en tête c'est la prise de sang, si tu la rates une fois c'est embêtant pour le patient et pour toi mais c'est surtout le patient qu'il faut penser quand tu rates le soin, que ta personne à toi.

Loane : Qu'est ce qu'une émotion selon toi ?

Téo : Alors pour moi une émotion c'est une réaction à laquelle notre organisme et notre corps réagit en fonction d'une situation qu'on a à faire face. Ça peut-être autant de la colère, que de la tristesse, que de la joie, ça peut s'exprimer de différentes manières, mais ça permet de ressentir et de montrer quelque chose auquel on fait face.

Loane : Selon toi, quelle est la place des émotions dans les soins ?

Téo : Je dirais qu'il faut prendre surtout celles du patient en priorité. Savoir comment il ressent le soin, s'il est à l'aise, si la manière dont tu amènes la chose convient au patient. S'il est stressé de base, si tu sais que le patient a tendance à être angoissé, tu vas amener le soin différemment tu vas mieux lui expliquer. Oui c'est à prendre en compte, enfin je pense que pour réussir un soin parfaitement, entre guillemets, il faut qu'il y ait autant la prise en compte des émotions de ton patients que le geste technique en lui-même. Il faut faire la part des choses entre les deux pour pouvoir réaliser un soin de manière optimale.

Loane : D'accord merci, mais je voulais plutôt dire la place des émotions soignantes dans les soins, pardon.

Téo : Ah oui d'accord j'avais pas compris la question ! Écoute, oui bien-sûr il faut que ça rentre en ligne de compte. Après c'est comme les émotions du patient, forcément toi aussi tu éprouves des émotions pendant ton soin, mais il faut que tu arrives à faire la part des choses. C'est la même chose, enfin oui, j'avais plus précisé pour le patient, mais oui pour le soignant c'est la même chose. En gros il faut que tu prennes en compte autant tes émotions de soignant que celles du patient. Enfin, ça t'apporte pleins de choses parce que t'as forcément des ressentis différents que le patient pourrait avoir vu que c'est toi qui réalise le geste et ce n'est pas le patient enfin c'est le patient qui le subit. Donc oui tes émotions entrent en

compte et forcément il faut que tu en tienne compte parce que si tu le fais pas tu peux pas réaliser un bon soin. Voilà j'espère avoir mieux répondu à ta question.

Loane : Oui parfait merci beaucoup ! Qu'est ce que représente pour toi le travail en équipe ?

Téo : Le travail en équipe pour moi c'est important. Dans la prise en charge d'un patient enfin si le service le permet aussi mais déjà rien qu'avec l'aide soignant tu es complémentaire dans la prise en charge de ton patient avec les soins d'hygiène, de confort, les soins techniques. Sur la prise en charge déjà le binôme est important. Travailler en équipe c'est surtout le fait de comment dire, de savoir que si jamais tu rates un soin, ou si tu es en difficulté sur quoi que ce soit, sur une prise en charge quelconque ou tu te sens pas à l'aise, ou quelque chose que tu n'as pas envie de faire ou pas réussi ou des choses comme ça, tu sais que tu peux compter sur ton ou ta collègue qui est là. Il y a toujours une relève et tu ne vas pas rester dans la panade. Oui comme je te disais le travail en équipe c'est peut être pas le cas pour tout le monde mais pour ma part c'est important et au delà de l'aspect technique ou de la prise en charge, déjà le fait de savoir si t'as une bonne entente avec tes collègues ou pas mine de rien ça joue. Les patients entendent dans le service qu'il y a une bonne ambiance entre collègues, que ça communique bien que ça rigole tout ça. Le patient va être détendu et ça va bien se passer dans la prise en charge quoi.

Loane : T'es-t-il déjà arrivé de passer le relais à l'un de tes collègues ?

- si oui dans quelle situation et qu'à tu ressenti ?

Téo : Bah écoute ça m'est déjà arrivé quelquefois de passer le relais à un collègue faut pas avoir honte. Je pars du principe que le patient est le centre de la PEC et que nous ce qu'on lui apporte c'est pour son bien-être. Donc si jamais tu rates un soin ou que t'es pas à l'aise sur un soin enfin je sais pas, le dernier exemple là ce matin j'ai pas réussi une prise de sang j'ai réessayer 2 fois sur le patient, j'allais pas m'acharner à piquer une dizaine de fois pour qu'au final si j'ai pas réussi 2 fois je vais pas y arriver plus donc je suis aller voir un collègue et il a fait la prise de sang à ma place et sans aucunes gênes. Justement, comme je disais, le travail en équipe est important et c'est pour ça qu'on sait qu'on peut compter les uns sur les autres quand on est en difficulté.

Ou un autre exemple qui m'est arrivé récemment : il y avait une patiente d'origine maghrébine et on devait vérifier les pansements et faire des soins au niveau de l'abdomen et un peu plus haut. Du coup la personne devait se découvrir mais dans sa culture le fait d'avoir des hommes qui la voit nue elle était pas à l'aise avec cette idée là donc j'ai pas cherché à comprendre et je suis allée voir une collègue féminine et elle a fait le soin à ma place. Au contraire, moi justement je pars du principe que le fait de travailler en équipe et de pouvoir déléguer à quelqu'un d'autre quand nous on y arrive pas c'est important et c'est bénéfique pour le patient.

Loane : Oui je comprends, et du coup quelle a été la réaction du collègue à qui tu as passé le relais ?

Téo : Les collègues en soit entre guillemets ils ont rien à dire. Si on arrive pas à faire quelque chose comme je te dis, je le répète depuis le début mais c'est vraiment la prise en charge, la prise en soin du patient qui est vraiment importante. Donc c'est tout dans l'intérêt du patient pour lequel on travaille.

Loane : Je vois, et te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à tes collègues ?

Téo : Certes des fois on aimerait ne pas avoir à passer le relais, dire mince j'ai pas réussi ma prise de sang. Les collègues au pire nous charrient 5 min mais après c'est terminé ils n'en parlent plus. Mais ça arrive à tout le monde et si ça m'arrive, à toi ou aux autres, c'est à charge de revanche si eux ils ont besoin ils viennent te voir et inversement. C'est ça qui est bien et y'a pas de honte au contraire.

Loane : Est ce que tu peux me donner ta définition de l'obstination déraisonnable ?

Téo : Pour moi l'obstination déraisonnable c'est d'oublier le fait que le patient c'est pour lui qu'on fait ça, c'est pour son confort pour sa santé et du coup c'est qu'on s'acharne à faire quelque chose alors que justement dans le milieu hospitalier on a cette chance de travailler en équipe d'avoir des professionnels à type IDE, anesthésiste, médecin, aides soignants. Et justement si c'est pour notre personne qu'on fait les soins non c'est pas le but donc au bout d'un moment si on y arrive pas y'a pas de honte à aller voir quelqu'un d'autres et demander de l'aide et s'en sortir. Pour moi c'est ça continuer à faire quelque chose alors qu'on sait pertinemment qu'on y arrivera pas et qu'on ne veut pas demander de l'aide à quelqu'un.

Loane : Te fixes-tu une limite de nombre lorsque tu réalises un soin ?

- si oui combien de chance te laisses-tu et pourquoi ?

Téo : Oui je pars du principe que quand j'étais jeune diplômé je me laissais trois tentatives et je me suis rendu compte au fils des années que trois ça faisait beaucoup et que le mieux c'était quand même pour moi au bout de 2 fois. Alors je vais répéter le même exemple que tout à l'heure mais une prise de sang ou la pose d'un cathéter périphérique j'essaye une fois c'est bien mais deux fois j'y arrive pas bah en fonction du patient comment il le ressent bah c'est surtout ça si le patient il est confortable pas douloureux ça le gêne pas je lui pose la question si je peux réessayer une troisième fois et si non je demande de l'aide. Mais oui 2 fois en temps normal et vraiment exceptionnellement 3 fois.

Justement pour en revenir à ta question précédente la définition de l'obstination déraisonnable c'est justement le fait de pouvoir et de savoir se mettre des limites pour stopper son soin quand on y arrive pas et passer le relais à quelqu'un. Si la personne part du principe qu'elle se fixe pas de limite et qu'elle essaye une fois deux fois trois fois quatre fois cinq fois six fois sans pouvoir s'arrêter au bout d'un moment c'est de l'obstination déraisonnable.

Loane : Super, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions ! A bientôt.

Annexe V - Tableau d'analyse des entretiens

Exploration des notions théoriques auprès des professionnels	Objectifs	Cadre théorique	Entretiens	
			Géraldine IDE en néphrologie	Téo IDE en chirurgie digestive
La place des émotions dans les soins				
<i>Que ressens-tu lorsque tu penses avoir raté un soin ?</i>	Conscientiser l'émotion	Nos collègues sont là pour nous venir en aide en cas d'échec (ou autre), ainsi le patient bénéficiera de soins de qualité.	(...) on arrive encore à ne pas réussir à 100% tous les soins quand je parle des soins c'est les soins un peu invasif comme les perfusions et tout, du coup je me laisse si je le sens, je me laisse une deuxième chance de réussir et ensuite je passe la main assez facilement. (...) c'est pas grave quoi j'essaye de prendre mon temps	Forcément quand tu rates un soin c'est jamais agréable parce que déjà pour le patient si tu le rates ça veut dire que tu recommence donc c'est une double peine et bah c'est jamais flatteur mais après c'est pas mal si tu rates une fois,
<i>Qu'est ce qu'une émotion selon toi ?</i>	Connaître la définition d'une émotion	'réagir de manière rapide à des changements pertinents de l'environnement, comme lorsque l'on s'immobilise d'un coup à la vue d'un serpent sur un chemin de montagne. Elles nous permettent aussi de	(...) quelque chose qu'on ressent, plus ou moins intensément. Ça peut-être une émotion plutôt positive	Alors pour moi une émotion c'est une réaction à laquelle notre organisme et notre corps réagit en

	<p>selon les soignants interrogés</p>	<p>former des représentations sur les résultats possibles de situations et comportements, et guident ainsi nos actions et pensées.”</p> <p>Les émotions sont vectrices de nos actions soignantes et animent nos soins.</p> <p>Karine Gantois, formatrice agréée Personnalité et Relations Humaines (PRH), définit une émotion comme étant “fugace”.</p> <p>Selon elle :</p> <p>“elle nous traverse au moment où nous vivons certain type de situation. Elle peut être de différentes intensités. Elle nous quitte une fois la situation passée. Elle est la réaction sensible d’une personne qui réagit vibre face à une situation donnée. Et le corps traduit cette réaction sensible (sueurs, palpitations, rougeurs, tremblements…)” (2017, p.1)</p>	<p>comme la joie, la gaieté, le bien-être enfin le bonheur. Et un peu plus négative comme la colère, la peur, voilà. (...) quelque chose de ressenti face à quelque chose d’extérieur, c’est une réaction de notre corps, par rapport à quelque chose d’extérieur et qui est plus ou moins d’intensité variable.</p>	<p>fonction d’une situation qu’on a à faire face. (...) ça peut s’exprimer de différentes manières mais ça permet de ressentir et de montrer quelque chose auquel on fait face.</p>
<p><i>Selon toi quelle est la place des émotions dans les soins ?</i></p> <p>Le patient</p>	<p>Connaître le point de vue des soignants sur la place des émotions dans les</p>	<p>Selon RTBF La Première, “L’empathie est l’essence du soin ; c’est le souci qu’on a de l’autre” (2019, s.d). “L’apprentissage de l’empathie permet de ne pas tout soumettre aux émotions. L’empathie bien comprise, c’est pouvoir prendre de la distance et rester avec le patient même s’il est dans l’émotion.” (2019, s.d). En d’autres termes, le soignant est disponible pour le patient, il peut comprendre ce qu’il vit et l’aider, mais reste à une distance professionnelle pour se protéger.</p>	<p>Ah les émotions elles ont toute leur place dans les soins, on travaille avec des humains donc forcément qui dit humains dit émotions (...) bien sûr que les émotions sont là et dans les deux sens que ce soit</p>	<p>Je dirais qu’il faut prendre surtout celles du patient en priorité. (...) Oui c’est à prendre en compte enfin je pense que pour réussir un soin parfaitement entre guillemets il faut qu’il y ait</p>

	soins : leurs utilités leurs inconvénients	<p>Monique Remillieux, nous explique que “Reconnaître les émotions, les siennes et celles des autres, nous permet d’améliorer notre communication, nos échanges, nos relations, en développant notre empathie et ainsi de générer moins de stress.” Au contraire, mettre de la distance avec ses émotions pourrait nous amener à “banaliser des situations qui ne doivent pas l’être, comme le décès d’un patient.” (2018, s.d)</p>	<p>les émotions soignant et les émotions patient.</p> <p>Alors il faut savoir je pense doser après ça dépend aussi les patients avec lesquels on a cette approche, (...) y’a tout un tas d’émotions qui entrent en jeu mais faut pas se laisser submerger par les émotions mais elles sont présentes quoi qu’il advienne.</p>	<p>autant la prise en compte des émotions de ton patients que le geste technique en lui même (...). (...)</p> <p>si il faut que ça rentre en ligne de compte. Après c’est comme les émotions du patient, forcément toi aussi tu éprouves des émotions pendant ton soin, mais faut que t’arrives à faire la part des choses. (...)</p> <p>En gros faut que tu prennes en compte autant tes émotions de soignant que celles du patient. Enfin, ça t'apporte pleins de choses parce que t’as forcément des ressentis différents que le patient pourra avoir vu que c’est toi qui réalise le geste et ce n'est pas le patient enfin c’est le patient</p>
--	--	---	---	--

				qui le subit. Donc oui tes émotions entrent en compte et forcément il faut que t'en tiennes compte parce que si tu le fais pas tu peux pas réaliser un bon soin. (...)
--	--	--	--	--

Le travail en équipe

<p><i>Qu'est ce que représente pour toi le travail en équipe ?</i></p>	<p>Savoir la représentation qu'ils ont du travail en équipe</p>	<p>Selon le dictionnaire Larousse, une équipe est un ensemble de personnes qui travaillent à la réalisation d'une même tâche.</p> <p>Selon le <i>Dictionnaire des concepts en sciences infirmières</i>, l'équipe soignante est une "mise en commun interdisciplinaire de travaux, d'actions professionnelles afin de réussir ensemble des objectifs communs (institutionnels, protocolaires...), centrés vers la personne soignée."</p> <p>Une équipe de soignants est composée de soignants (tels que des aides soignants, kinésithérapeutes, psychologues, médecins, diététiciens etc.) ayant des compétences, des formations et des expériences différentes, mais qui sont complémentaires. En effet, savoir travailler en équipe et donc s'appuyer sur les différentes qualités des uns et des autres permet une meilleure prise en soin des patients.</p>	<p>Ah le travail en équipe pour moi il est essentiel ! Il est vraiment essentiel il fait partie intégrante déjà de la bonne entente entre soignants voilà parce qu'on peut autant travailler avec des aides soignants qu'avec les ASH les médecins donc pour moi l'entente avec l'équipe est primordiale. Elle est essentielle dans le travail de tous les jours au quotidien.</p>	<p>Le travail en équipe pour moi c'est important, dans la prise en charge d'un patient (...) rien qu'avec l'aide soignant t'es complémentaire dans la prise en charge de ton patient (...) Sur la prise en charge déjà le binôme est important et travailler en équipe c'est surtout le fait de comment dire bah de savoir que si jamais tu rates un soin ou si tu es en</p>
--	---	--	--	--

		<p>Le but d'une équipe soignante est de prendre soin des patients. Comme vu dans la partie législation, le patient à le droit de bénéficier de la meilleure prise en soin possible, et ceci passe par le travail en équipe. En effet, dans la revue Prescrire <i>Passer la main</i>, 2015, passer le relais c'est "intégrer la dimension pluriprofessionnelle et collective des soins dans sa pratique quotidienne, pour en faire bénéficier les patients."(p.401).</p>		<p>difficulté sur quoi que ce soit sur une prise en charge quelconque ou tu te sens pas à l'aise ou un truc que t'as pas envie de faire ou pas réussi ou des choses comme ça tu sais que tu peux compter sur ton ou ta collègue qui est là, il y a toujours une relève et tu vas pas rester dans la panade. (...).</p>
<p><i>T'es-t-il déjà arrivé de passer le relais à l'un de tes collègues ?</i> <i>- si oui dans quelle situation et qu'à tu ressenti ?</i> <i>- quelle a été la réaction du collègue à qui tu as passé le relais ?</i></p>	<p>Déterminer le moment du passage de relais et connaître son expérience dans le passage de relais</p>	<p>En effet, dans la revue Prescrire <i>Passer la main</i>, 2015, "Réaliser correctement un geste technique c'est aussi penser que l'on n'exerce pas seul, et qu'en cas d'échec, un autre soignant réussira le geste." (p.401). En d'autres termes, réussir un soin, fait intervenir la notion d'équipe. Nos collègues sont là pour nous venir en aide en cas d'échec (ou autre), ainsi le patient bénéficiera de soins de qualité.</p>	<p>quand je parle des soins c'est les soins un peu invasif comme les perfusions et tout, Oh oui ça m'arrive très souvent même encore. Alors ça m'arrive quand c'est un soin invasif (...) ça m'arrive très rarement mais quand heu je sens qu'il y a heu une forme</p>	<p>Bah écoute ça m'est déjà arrivé quelquefois de passer le relais à un collègue faut pas avoir honte au contraire. Je pars du principe que le patient est le centre de la PEC et que nous ce qu'on lui apporte c'est pour son bien-être donc si jamais tu rates un</p>

<p>Le patient</p>			<p>de gêne avec le patient, voilà ça m'est arrivé où j'étais pas très à l'aise sur un soin et j'ai demandé à mon collègue de me faire à ma place voila. (...) j'ai jamais eu de souci voila on est là pour s'entraider et inversement quand on me demande de l'aide je me rend dispo (...) par contre ça s'est toujours bien passé quand je demande à un collègue de prendre la main sur un soin heu généralement si il est pas disponible il va m'orienter sur un autre collègue mais généralement y'a aucun souci entre collègues on s'entraide pour moi c'est la base.</p>	<p>soin ou que t'es pas à l'aise sur un soin enfin je sais pas, (...) j'ai pas réussi une prise de sang j'ai réessayer 2 fois je suis aller voir un collègue et il a fait la prise de sang à ma place et heu sans aucunes gênes (...) patiente d'origine maghrébine (...) faire des soins au niveau de l'abdomen et un peu plus haut, du coup la personne devait se découvrir mais dans sa culture le fait d'avoir des hommes qui la voit nue elle était pas à l'aise (...) je suis allée voir une collègue féminine et elle à fait le soin à ma place. Au contraire, moi justement je pars du principe que le fait de travailler en équipe</p>
-------------------	--	--	---	---

				<p>et de pouvoir déléguer à quelqu'un d'autre quand nous on y arrive pas c'est important et c'est bénéfique pour le patient.</p> <p>Les collègues en soit entre guillemets ils ont rien à dire. On arrive pas à faire quelque chose comme je te dis je répète depuis le début mais c'est vraiment la prise en charge, la prise en soin du patient qui est vraiment importante donc c'est tout dans l'intérêt du patient pour lequel on travaille.</p>
<p><i>Te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à tes collègues ?</i></p>	<p>Avoir son opinion</p>		<p>Oui complètement moi j'éprouve aucune gêne à demander de l'aide même si j'ai des questions si je suis pas sûre (...) j'hésite pas du tout à</p>	<p>Certes des fois on aimerait ne pas avoir à passer le relais (...) ça arrive à tout le monde et si ça arrive à moi à toi ou aux autres bah c'est à charge de revanche si eux</p>

			demande soit au médecin soit à mes collègues.	ils ont besoin ils viennent te voir et inversement c'est ça qui est bien et y'a pas de honte au contraire.
L'obstination déraisonnable				
<p><i>Est ce que tu peux me donner ta définition de l'obstination déraisonnable ?</i></p> <p>Valeurs soignantes</p>	<p>Mettre en avant leurs savoirs sur l'obstination déraisonnable</p>	<p>Walter Hesbeen définit le savoir être comme étant "tout ce que nous savons être" au plan personnel : attitudes, besoins, valeurs dans notre interaction avec l'autre et avec l'environnement." Il pose donc le concept de "prendre soin" comme une valeur. Valeur soignante qui permettrait d'inscrire le soin dans "une perspective soignante véritable" en jouant sur l'aspect désirable que pourrait apporter cette valeur, notamment sur la compatibilité avec ses idées ou son projet professionnel.</p> <p>Selon lui, "prendre soin" est une orientation philosophique qui permet de considérer le patient en tant que "sujet singulier ou corps que la personne est" donc pas comme étant l'objet de soins.</p> <p>Selon lui, "prendre soin" est une orientation philosophique qui permet de considérer le patient en tant que "sujet singulier ou corps que la personne est" donc pas comme étant l'objet de soins.</p> <p>Agata Zielinski, dans son ouvrage "l'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin", questionne les différentes théories qui existent sur le</p>	<p>Alors pour moi l'obstination déraisonnable ça serait s'obstiner à absolument réussir un soin ou là on ne voit que le morceau de peau et on voit plus l'être humain en face de nous, de peau ou autre chose hein mais le soin qu'on a faire et de se focaliser absolument sur le geste c'est ce que j'appelle moi l'effet tunnel quand on est totalement submerger par juste le soin et que y'a rien d'autre que ça qu'on entend rien d'autre que ça et que l'objectif principal</p>	<p>Pour moi l'obstination déraisonnable c'est d'oublier le fait que le patient c'est pour lui qu'on fait ça c'est pour son confort pour sa santé (...) pour moi c'est ça continuer à faire quelque chose alors qu'on sait pertinemment qu'on y arrivera pas et qu'on veut pas demander de l'aide à quelqu'un.</p>

		<p>“care”. Serait-il un mix entre aptitude et pratique ? Autrement dit, le prendre soin vient-il d'une "predisposition naturelle" ou serait-il “un savoir-faire qui s’acquiert” ?</p> <p>“Qu’est-ce qu’un sentiment moral qui ne se met pas dans les actes ? Et que serait le soin sans la sollicitude, le geste technique approprié sans considération pour celui qui le reçoit, sans attention au sujet lui-même, au-delà du besoin qu’il manifeste ?” (2010, p.633) Elle répond à ces théories en affirmant que le “care” est bien un mix et qu’il est important de ne pas séparer l’aptitude de la pratique.</p> <p>Dans l’article <i>Effet tunnel, quand le surmenage nuit au diagnostic</i>, 2022, de la revue web <i>Le quotidien du médecin</i>, l’effet tunnel dans les soins est présenté comme étant “un blocage cognitif majeur qui enferme un individu dans un seul diagnostic ou une seule activité.”(p.34) Le soignant est donc obnubilé par l’action entreprise afin d’atteindre un objectif, qu’il ne questionne pas ses gestes malgré des signes discordants qu’il n’entend ni ne voit.</p> <p>En janvier 2021, la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, a donné une autre définition de la maltraitance :</p> <p>“Il y a maltraitance d’une personne en situation de vulnérabilité lorsqu’un geste, une parole, une action ou un défaut d’action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé, et que cette atteinte</p>	<p>c’est la réussite de ce soin et rien d’autre et là pour moi on est plus soignant.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une répétition des actes ou des négligences” <p>Anciennement connue sous le nom d’"acharnement thérapeutique", l'obstination déraisonnable regroupe trois termes caractéristiques selon l'article L. 1110-5-1 du Code de la santé publique. L'obstination déraisonnable est donc interdite par la loi, loi qui est rappelée dans l'article R4127-37 du Code de la santé publique :</p> <p>“En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.</p> <p>Pour autant ce terme est encore mal compris. En effet, d'un soignant à l'autre, d'un patient ou de la famille d'un patient à l'autre, le seuil d'obstination déraisonnable n'est pas le même.</p>		
<p>Te fixes-tu une limite de nombre lorsque tu réalises un soin ? - si oui combien de chance te laisses-tu et pourquoi ?</p>	<p>Avoir un recul sur la pratique des infirmiers interrogés</p>		<p>du coup je me laisse si je le sens, je me laisse une deuxième chance de réussir</p> <p>(...) je me laisse 2 chances je passe la main systématiquement ça m'est</p>	<p>(...) quand j'étais jeune diplômé je me laissais trois tentatives et je me suis rendu compte au fils des années que trois ça faisait beaucoup et que le mieux c'était quand même pour</p>

<p>Le patient</p>			<p>jamais arrivé de faire plus par respect pour le patient pour moi aussi je fais jamais plus de 2 fois.</p>	<p>moi au bout de 2 fois. (...) si le patient il est confortable pas douloureux ça le gêne pas je lui pose la question si je peux réessayer une troisième fois et si non je demande de l'aide. Mais oui 2 fois en temps normal et vraiment exceptionnellement 3 fois. (...).</p>
<p>Le patient</p>		<p>Selon Walter Hesbeen, le prendre soin est “l'intention de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé</p> <p>C'est d'ailleurs pour ceci qu'il oppose “prendre soin” et “prendre en charge”, connotation qui objétise le patient. En effet, le patient dispose de droits, droits qui sont exposés dans différents textes législatifs, que j'aurais l'occasion d'étudier dans une prochaine partie.</p> <p>Selon Elisabeth Quignard, médecin en gériatrie et soins palliatifs, “L'éthique du soin envisage le patient dans sa globalité et dans toutes ses composantes : physiques, psychiques, sociales, culturelles et</p>	<p>ça m'est jamais arrivé de faire plus par respect pour le patient</p>	<p>il faut qu'il y ait autant la prise en compte des émotions de ton patients</p> <p>Je pars du principe que le patient est le centre de la PEC et que nous ce qu'on lui apporte c'est pour son bien-être</p>

spirituelles.” (2016, s.d). Cela suppose qu’il est nécessaire de développer en plus d’une technicité des soins, une approche centrée sur l’humain, en portant attention à l’autre dans sa globalité. Le Docteur Quignard, met en lien l’éthique du prendre soin et la responsabilité soignante. En effet, selon elle, il est nécessaire de s’interroger, de peser les bénéfices/risques lorsque des solutions sont envisagées.

Tanguy Chatel, sociologue et formateur français, affirme que le care “en tant qu’acte soignant”, “doit répondre aux exigences éthiques de l’action soignante et aux principes d’autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de proportionnalité et de non-futilité qui sont désormais bien identifiés.” (2010, p.3) Il ajoute à cela, que le care doit rester “empreint de sollicitude”. En effet, la sollicitude est le fait de prodiguer des soins affectueux et attentifs à une personne. C’est aussi se rendre disponible pour l’autre, notamment dans le processus du soin. La sollicitude est donc une composante du “prendre soin”. Finalement l’autre devient l’objectif principal de cet accompagnement.

code de déontologie des infirmiers. L’article qui m’intéresse se trouve dans la section 2 « Devoirs envers les patients » de ce code : “Art. R. 4312-10. - L’infirmier agit en toutes circonstances dans l’intérêt du patient.”

je pars du principe que le fait de travailler en équipe et de pouvoir déléguer à quelqu’un d’autre quand nous on y arrive pas c’est important et c’est bénéfique pour le patient.

si le patient il est confortable pas douloureux ça le gêne pas je lui pose la question si je peux réessayer une troisième fois et si non je demande de l’aide.

NOM : BOUILLON

Prénom : Loane

Titre du mémoire : Son coeur dans nos mains

This thesis deals with "taking care" through the subject of handing over. Passing the baton means asking one of one's colleagues to continue care, when one is unable to do so at a given moment.

Two situations experienced during the internship guided my reflection, in particular through the following starting question: "In what way does the feeling of caregivers in difficulty during care justify the interruption of these for the benefit of the patient?"

My research focused on three areas : "taking care", more specifically including the notion of the care team; emotions and the patient.

In order to undertake this research, two interviews using semi-directive questions were conducted with two nurses from different backgrounds. A nurse working in medicine and a nurse working in surgery. They both demonstrated the need to hand over the care of a patient to available colleagues to ensure the patient's well-being. Indeed, automatisms can very quickly appear in the nursing profession and leave the caregiver helpless when facing unusual situations. "Taking care" is therefore achieved when there is active listening to one's own emotions and those of the patient.

Ce mémoire porte sur le "prendre soin" à travers le sujet du passage de relais. Passer le relais, c'est demander à l'un.e de ses collègues de continuer un soin, quand on est dans l'incapacité de le fournir à un instant "t".

Deux situations vécues en stage ont guidé ma réflexion, notamment par le biais de la question de départ suivante : "en quoi le ressenti des soignants en difficulté lors de soins, justifie-t-il l'interruption de ceux-ci pour le bénéfice du patient ?".

Mes recherches se sont centrées autour de trois axes : le "prendre soin", en intégrant notamment la notion d'équipe soignante; les émotions et le patient.

Afin de compléter ces recherches, deux entretiens ont été menés auprès de deux infirmiers d'expérience différentes, à l'aide de questions semi-directives. Une infirmière exerçant en service de médecine et un infirmier exerçant en service de chirurgie. Ceux-ci ont démontré la nécessité de passer le relais aux collègues disponibles pour le bien-être du patient. En effet, des automatismes peuvent très vite apparaître dans le métier d'infirmier et laisser le soignant démuni face à des situations inhabituelles. Le "prendre soin" s'opère donc lorsqu'il y a une écoute active de ses émotions et de celles du patient.

Keywords : Emotion, patient, hand over, abuse, taking care

Mots clés : Émotion, patient, passer la main, maltraitance, prendre soin

**Institut de formation en soins infirmiers, CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes**

Travail écrit de fin d'études – Année de formation : 2023