



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière au regard d'une situation de violence

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 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 mai 2023

Signature de l'étudiant : Clémence Flaux

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes, plus particulièrement à Madame Tostivint Mylène, étant ma référente de mémoire pour sa disponibilité et ses conseils.

Merci à Madame Ducloyer Séverine qui a pu être présente dans les débuts de mon travail.

Je remercie les deux professionnels qui se sont montrés disponibles et intéressés pour répondre à mes questions durant les entretiens.

Un grand merci également à mes amies qui se reconnaîtront pour leurs présences, soutien et joie durant ces trois années de formation.

Je remercie ma famille pour leurs aides, soutien et notamment pour la relecture de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
Cheminement vers la question d'appel	1
Cadre Conceptuel	5
I. Le prendre soin	5
1.1 Qu'est-ce que le prendre soin ?	5
1.2 Les distinctions conceptuelles	6
1.2.1 Care/ To care/ Caring	6
1.2.2 Le soin et les soins	7
1.3 Quand le prendre soin rencontre la violence	8
1.3.1 Que signifie la violence?	8
1.3.3 La violence psychique	10
I. La gestion des émotions	12
2.1 Qu'est-ce qu'une émotion	12
2.2 L'intelligence émotionnelle	13
2.3 Nos émotions face à la violence: quels moyens de gestion?	14
II. La notion d'expérience	16
3.1 Qu'est-ce que l'expérience	16
3.2 Les deux types d'expérience	17
3.2.1 L'expérience personnelle	17
3.2.2 L'expérience professionnelle	18
3.3 Une notion subjective, quand sommes-nous considéré expérimenté?	19
Cadre méthodologique	21
Analyse descriptive des entretiens	22
Discussion	24
Conclusion	27
Bibliographie	30
Annexes	
Annexe I: Guide d'entretien	
Annexe II: Retranscription des entretiens	
Annexe III: Tableaux d'analyses des entretiens	
Annexe IV: Abstract	

Introduction

Actuellement étudiante en troisième année d'école en soins infirmiers, et dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état, je suis amenée à effectuer un travail de recherche concernant les unités d'enseignements "Initiation à la démarche de recherche" et "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles".

J'ai décidé pour ma part de travailler sur le thème de l'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions dans un contexte de violence physique ou psychologique. J'ai eu envie de traiter ce sujet à la suite de situations qui m'ont marqués notamment des situations de violences. Durant ces situations, je me suis toujours questionnée sur comment les infirmières faisaient face. J'ai toujours eu cette envie de devenir ces infirmières comme celles que j'ai pu rencontrer en stage. Elles arrivaient à gérer la situation pouvant être compliquée et à la fois à canaliser leurs émotions, en ne laissant rien paraître. Cela m'a très souvent interpellé, j'ai décidé alors de travailler sur ce sujet afin de m'apporter des connaissances et des clés nécessaires à ma future pratique professionnelle. J'ai envie de tirer profit de ce mémoire pour la suite, notamment pour mes débuts en tant qu'infirmière diplômée d'état.

En effet, au cours de mes différents stages en soins infirmiers, j'ai été confrontée à différents types de violences, notamment physiques et psychologiques. Je vais vous expliquer deux situations de stage en lien avec mon thème, une aux urgences et une autre en réanimation. Ces deux situations m'ont énormément questionné, j'en ai déduit ensuite une question de départ. Dans cette question, quelques concepts sont ressortis: le prendre soin; la gestion des émotions; et la notion d'expérience. Ils vont être définis et exploités à l'aide de différents auteurs connus. Afin de confronter la théorie et la réalité du terrain, deux professionnels vont être interrogés en lien avec mes grandes notions. Ces entretiens vont être analysés descriptivement puis seront comparés avec mon cadre conceptuel dans la partie discussion où je donnerais mon positionnement avant de conclure.

Cheminement vers la question d'appel

Je vais vous présenter la première situation pour ce travail. J'effectue mon cinquième stage d'étude en soins infirmiers dans un service d'urgence. Là-bas, on y retrouve tout type de patients, qui viennent pour diverses problématiques. Ce jour, je suis du soir (14h-21h), c'est ma quatrième semaine de stage et je suis à l'accueil avec l'IAO et une AS. Mes collègues sont en poste aux urgences adultes depuis déjà quelques années. Un patient arrive avec les forces de l'ordre, il est menotté et très agressif. Âgé de 27 ans, il est amené pour des troubles du comportement, agressivité et agitation sur la voie

publique. Lorsque j'aperçois le patient, j'appréhende un peu, il est impressionnant, je m'en méfie. J'espère me reposer sur mes collègues, qui eux, doivent avoir l'habitude de gérer ce genre de situation. L'infirmier, l'aide-soignante et moi-même commençons à lui prendre les premières constantes. Les gendarmes restent dans le box pendant la prise en soin. Ils indiquent au jeune homme que nous sommes ici pour l'aider, pour prendre soin de lui, ils nous identifient comme "les blouses blanches". Le patient ne se montre pas coopératif, il est très agité, peut se montrer agressif et violent physiquement et verbalement envers nous. Il crie, ne nous écoute pas, nous insulte à de nombreuses reprises. Je suis terrifiée, j'ai peur pour moi, peur de me prendre un coup, mais pourtant au fond de moi je me dis que je dois faire mon travail, je dois lui prendre ses constantes comme pour tout le monde. Les infirmiers le font, pourquoi pas moi? Les box étant petits, nous étions amenés forcément à être plus ou moins proche de ce patient. J'avais ce sentiment d'insécurité auprès de lui tout en étant plus rassurée par la présence des gendarmes et de l'infirmier. Je me disais qu'il serait plus impressionné par des hommes, qu'une petite étudiante, pas très à l'aise face à lui. Malgré cela, je devais m'occuper de lui comme tout le monde. A un moment, en m'approchant de lui, il me crache au visage, à moi et à l'aide-soignante à côté. Je suis sans voix, je ne m'y attendais pas, je ne me sens pas respectée. J'éprouve de la colère et de l'injustice. L'injustice car je suis ici comme mes collègues soignants pour prendre soin de lui et des autres, et en retour nous faisons face à cette agressivité à notre égard. Je suis stupéfaite, il y a un mélange d'émotions qui traversent mon corps; de l'incompréhension, de la colère, de la peur, du dégoût, ... Pourtant on nous prévient, on nous informe sur cela, que ce soit à l'IFSI ou en service lorsqu'on entend les collègues soignants en parler. En revanche, lorsque je l'ai vécu, je ne m'y attendais pas, je ne comprenais pas pourquoi je n'étais pas prête à subir ce type de comportement. Je ne savais plus quoi faire, je ne savais pas comment réagir. L'infirmier m'a fait signe de me protéger, alors j'ai décidé de me mettre un peu plus à l'écart, de ne pas être en première ligne face à ce patient. Les gendarmes et l'infirmier s'en occupaient pour la fin de la prise en soin dans le box avant qu'il soit amené en secteur de soin.

Diverses questions suite à cette situation sont apparues.

- Comment réagir en tant que jeune soignante face à l'appréhension et à la violence physique et verbale pendant le prendre soin?
- Pourquoi l'infirmier ne laissait rien paraître comme émotions?
- Est-ce que le genre, l'âge ou l'expérience impacte le prendre soin face à la violence en général?
- En quoi nos émotions peuvent-elles influencer notre prendre soin?

- Est-ce que cette violence physique et verbale était destinée qu'à moi parce que je suis jeune et étudiante ?
- Est-ce que ma posture et mon attitude ont incité ce patient à avoir un tel comportement envers moi?

Je vous propose une deuxième situation afin d'alimenter mes questionnements pour ce mémoire.

Débutant ma troisième année d'école d'infirmière, j'ai effectué mon premier stage en réanimation chirurgicale. Il y a des patients de tous les âges qui arrivent pour diverses raisons; lourde chirurgie, accident de la voie publique, suite d'un accident vasculaire cérébral, etc... C'est ma première semaine de stage, une entrée d'un patient est prévue, il arrive suite à un accident de la voie publique. L'équipe se transmet les informations à son sujet, je ne comprends pas encore tous les termes et les abréviations (DVE, ROS négatif, ...). Le patient arrive dans le service, j'accompagne l'infirmière et l'aide-soignante pour l'accueillir. Mes collègues sont formées en réanimation depuis plus de dix années, elles connaissent parfaitement leurs missions. J'observe un patient âgé de 22 ans, calme, allongé sur son lit, éveillé et sans expression sur son visage. Je suis surprise sur le moment, ça va très vite, le personnel se mobilise autour de lui et le patient ne réagit pas. Je le regarde, j'essaye de capter son regard, il a le regard "vide", je ne sais pas ce qu'il pense ou même ce qu'il ressent, cela me perturbe, je ne suis pas habituée à cela. Il est scopé et très appareillé. Je comprends par les dires de l'équipe soignante qu'il est en état végétatif pour le moment suite à un accident de voiture. Beaucoup de sentiments traversent mon esprit lorsque je réalise l'état de santé de ce jeune homme. Je reste statique devant tout ce mouvement autour de lui, je suis apeurée, désolée et en colère à la fois. Apeurée car je me dis que finalement c'est bien vrai, ça peut arriver à tout le monde et les conséquences peuvent être lourdes. On en entend parler autour de nous mais lorsqu'on le vit, c'est différent. Cela me renvoie à mes proches, à moi-même. Nous sommes tous vulnérables finalement, voilà à quoi je pense face à lui. Je ne pensais pas qu'ils puissent avoir autant de répercussions. Il est trop tôt à ce moment pour connaître son devenir, récupérera-t-il quelques fonctions importantes? Restera-t-il quelques jours ou des semaines en état végétatif? J'éprouve également de la tristesse pour lui, il est jeune, était en bonne santé et sa vie est bouleversée par cet accident. Je trouve que c'est injuste. J'ai senti ma gorge se nouer, j'étais dans mes pensées, ces pensées qui ont traversé mon esprit en voyant ce jeune homme au fond de son lit de réanimation à seulement 22 ans. L'infirmière m'interrompt dans mes pensées pour me demander d'inscrire les repères de ses appareillages au tableau. Je me dis "Mince t'étais ailleurs, reprends toi, ressaisis-toi et continue ta journée, sois

professionnelle, il y en aura d'autres, il faut t'habituer". Je me concentre alors puis suis les indications de l'infirmière sans pour autant avoir une pensée sur cette situation tragique à laquelle je fais face.

Au delà de ce mélange d'émotions, plusieurs questionnements se sont imposés à moi par la suite:

- Comment canaliser nos émotions afin que ça n'impacte pas la prise en soin des patients?
- Suis-je trop sensible pour ce type de situations?
- Est-ce que ça m'impacte du fait que nous sommes, le patient et moi-même de la même tranche d'âge?
- Est-ce que l'expérience permet d'appréhender cette situation violente psychologiquement?
- Comment ne pas laisser nos émotions prendre le dessus sur notre devoir infirmier face à une situation violente psychologiquement ?

A l'issue de ces deux situations, et au regard de mes questionnements, j'en arrive à la question de départ suivante.

Dans un contexte de violence, en quoi l'expérience professionnelle participe-t-elle à la gestion des émotions ressenties par l'infirmière lors de la prise en soin d'un patient ?

Au vue de ma question de départ, je retiens 3 notions et concepts. Je vais les développer dans mon cadre conceptuel en m'appuyant sur des auteurs de référence: le prendre soin, les émotions et l'expérience professionnelle.

Cadre Conceptuel

I. Le prendre soin

1.1 Qu'est-ce que le prendre soin ?

Afin de définir le sens du prendre soin, nous allons étudier l'étymologie et l'origine. La dénomination du prendre soin, est composée de prendre et de soin. Le mot "soin", facilement repérable, est lui-même également riche de sens, d'autant plus au cœur du prendre soin.

Selon Lise Michaux "cette expression "prendre soin (de)", d'une part, est loin d'être nouvelle, et, d'autre part, entretient des liens étroits avec l'histoire du mot "soin" et celle du verbe "soigner". Cette notion, selon Alain Rey, directeur du dictionnaire Le Robert, serait apparue en 1677, définie par "s'occuper du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose".

Elle peut se définir de différentes manières en fonction de ce qu'il suit grammaticalement. Selon le Wiktionary, lorsque la notion est suivie d'une chose, cela prend la forme de "soigner". Lorsque c'est suivi d'une personne, l'expression renvoie à pourvoir les besoins de quelqu'un, à ses nécessités. Par extension, lorsque l'expression est suivie d'un infinitif, le prendre soin peut se définir comme prêter une attention toute particulière à une action ou une démarche; s'efforcer de; veiller à...

Le "prendre soin", est utilisé très couramment par les professionnels de santé, dans les instituts de formation, par tous les acteurs du champ professionnel des soins, visible selon l'HAS. Notamment si on cherche l'antonyme, "ne pas prendre soin de soi, c'est courir le risque d'une altération de sa santé" d'après Jean-Charles Haute.

Lorsqu'on emploie le terme de prendre soin, la notion de care, de caring sont fortement liées. Quelles sont les distinctions de ces termes? Sont-ils des synonymes entre eux? Pourquoi les emploie-t-on?

1.2 Les distinctions conceptuelles

1.2.1 Care/ To care/ Caring

Le concept de prendre soin peut se dénommer lorsqu'on parle de care. En revanche, on évoque aussi facilement to care et le caring.

Lise Michaux dans "Prendre soin, care et caring" s'est penchée sur ces concepts polysémiques. Ils sont tous employés lorsqu'on évoque le cœur du métier de soignant.

Le nom care, à lui seul, peut se traduire en français par "soin(s)". Le sens premier du terme care, selon l'étymologie de la revue de recherche en soins infirmiers, renvoie au registre des émotions et des affects. Cette notion revêt également le souci de l'autre, s'inquiéter pour autrui. L'adjectif ou le nom caring, de manière générale représenterait le care en actes, soit une prise en soin avec une attention particulière portée à autrui.

Le nom cure, se traduit en français selon le Dictionnaire Larousse Anglais-Français par soigner, guérir, traiter. On emploierait plutôt le terme cure lorsque nous évoquons les soins curatifs.

Le verbe to care, d'après le Dictionnaire Larousse Anglais-Français, lui représente en langue française par "être aux soins", "prendre soin".

Selon Saillant, "cette distinction entre care et cure, laquelle associe l'humanisation des soins et le caring, aux soins infirmiers, et le cure et la technique, au médical.". A ce jour, la différenciation entre ces termes reste complexe.

On peut se questionner sur la raison d'utiliser des mots en anglais pour parler du prendre soin globalement. Marie-Françoise Collière évoque que "le vocabulaire anglais, est plus riche que la langue française par rapport à la notion de soins".

Dans la langue anglaise, ils différencient deux types de soins avec deux termes différents. Les soins coutumiers et habituels appelés "care", sont des soins qu'on offre pour participer à la continuité de la vie, par exemple les soins d'hygiène et de confort.

Les soins de réparation appelés "cure" sont des soins qu'on prodigue dans le but de réparer et d'éliminer ce qui entrave la vie, notamment la maladie. Les soins actifs à but curatif par exemple, seront employés "cure".

Je vais évoquer à présent les distinctions entre le soin et les soins.

1.2.2 Le soin et les soins

Nous différencions le soin et les soins, cela peut paraître subtile mais nous allons découvrir les distinctions entre ces deux termes similaires mais quelque peu différents de sens. Tous deux proviennent du verbe soigner, répondre aux besoins des êtres vivants, mais soigner c'est aussi se soucier de l'autre en prenant en compte ses besoins. Le soin revêt d'une dimension relationnelle et sociale, car d'après Perspective Soignante "toute personne qui ne peut plus prendre soin d'elle-même peut bénéficier de la solidarité du groupe".

Dans l'ancien français [Ray,1994], le mot "soin" a deux significations différentes, l'une signifie "souci, chagrin" et l'autre renvoie à la notion de "nécessité, besoin". Découvrons sans plus tarder, les particularités de ces deux termes, que nous employons aisément dans le langage courant.

Selon le dictionnaire Larousse, le soin au singulier est défini par une attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose, ou bien même une attention portée à présenter quelque chose avec netteté, minutie.

Selon Lise Michaux, le mot soin est débordant de sens, "il allie les idées de préoccupation, d'attention, de souci de s'occuper effectivement d'une personne ou d'une chose dont on se soucie en vue de lui apporter un mieux-être".

Les soins au pluriel sont définis par le Larousse comme des actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. Il évoque également des actes de thérapeutique, des actes d'hygiène et de cosmétiques, dans le but de veiller à la santé de quelqu'un, de conserver ou améliorer l'état de peau, et d'entretenir ou de préserver.

Pour Jean-Charles Haute, "les soins se déroulent dans un cadre que ce soit à domicile, dans des cabinets libéraux ou des structures dont c'est la raison d'exister: établissements hospitaliers...". Nous employons l'expression "faire des soins" à quelqu'un, cela renvoie aux pratiques et gestes nécessaires pour soigner, d'après le Larousse, dictionnaire en langue française. sur la notion de soin et des soins.

Nous avons mis en évidence les deux principales distinctions. Le soin renvoie à la notion d'attention portée à quelqu'un, alors que les soins revêtent plutôt des actes et de la technicité.

Si nous reprenons la notion précédemment évoquée du prendre soin, nous pouvons découvrir qu'ils sont de pairs et liés. La citation de Lise Michaux, "Le soin apporté aux soins est une des idées au fondement de la notion de "prendre soin", nous interpelle et conclut que la notion de prendre soin regroupe le souci d'autrui et les actes et gestes réalisés afin de lui apporter un mieux-être.

La notion de prendre soin, c'est avant tout une relation entre deux individus dans un contexte particulier d'hospitalisation ou de recours aux soins.

On a établi les représentations sur le soin, en revanche, il existe des biais au soin, notamment la violence.

1.3 Quand le prendre soin rencontre la violence

Afin de mener à bien ce travail, on va commencer par définir ce qu'est la violence, et ce que disent les auteurs à ce sujet.

1.3.1 Que signifie la violence?

Selon l'OMS, la violence est définie comme "l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, décès, un dommage moral, un problème de développement ou une carence".

D'après notre enseignement en psychologie, sociologie et anthropologie, la violence a quelques caractéristiques bien précises, notamment lorsqu'on parle de violence, pour la personne on dit que le "je" se sent menacé. Contrairement à l'agressivité, la violence est du registre de l'instinct de survie, l'acte ne procure pas de plaisir pour l'auteur. L'auteur ne perçoit plus l'autre, il le déshumanise, rompt la relation avec autrui. La violence s'accompagne toujours d'une sortie de cadre, l'agent fait abstraction de toutes les lois sociales et règles morales.

Dans la société, il existe plusieurs types de violence, elle peut être psychologique, verbale, économique, physique et sexuelle. Nous en retrouvons certaines en milieu de soins, la MACSF a notamment écrit sur les violences à l'hôpital. Il a été ensuite créé en 2005 l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), le but étant de répertorier les signalements des professionnels de santé des faits de violence.

D'après Catherine Mercadier, on distingue deux registres de violence des malades "l'agression physique qui est une atteinte corporelle et l'agression psychique qui par le biais d'une attaque verbale, vise à blesser l'estime de soi". Aujourd'hui, la violence est reconnue comme un problème majeur de santé publique.

Nous allons nous pencher sur ces deux grands types de violence, la violence physique et la violence psychique.

1.3.2 La violence physique

D'après le conseil de l'Europe, la violence physique est un acte avec pour intention ou conséquence la douleur et/ou une blessure physique. Ce type de violence est la plus visible, elle se traduit par des coups, des morsures, des griffures ou aussi par des dégradations de matériels.

Grâce à l'ONVS, les services qui déclarent le plus de violences dites physiques sont les services de gériatrie, de psychiatrie et des urgences. Le ministère chargé de la santé, en 2021, a également repris les possibles explications de ces services soi-disant prédisposés à la violence, que je vais reformuler ci-dessous:

L'unité de soins d'urgence est une unité d'accueil directe ouverte sur la ville. On y retrouve beaucoup d'éthylisme, de consommations illicites, de démence,... Il y a souvent des pics d'activités, des délais d'attente mal supportés, et ceux-là accompagnés d'angoisse et de stress, R.Ferrari en 2013 a fait un travail sur cette violence aux urgences, une triste réalité.

Les services de psychiatrie, bien que les patients atteints de troubles mentaux ne soient pas spécialement violents ou agressifs, est un lieu qui peut générer des tensions. Ils peuvent devenir violent face à la frustration notamment. L'hospitalisation sous contrainte et la mise sous contention peuvent faire l'objet de violences.

Les services de gériatrie répertorient un grand nombre de violence, qu'elle soit verbale ou physique. Elle peut être suscitée par les symptômes de la maladie d'Alzheimer par exemple, par la dépression, la démence ou par une non-satisfaction des besoins fondamentaux.

Les acteurs de violence, selon Bernard E.Gbézo, sont identifiés selon trois catégories. Il y a les patients hospitalisés ou consultants, les accompagnateurs et les tiers extérieurs.

Les patients eux-mêmes peuvent exprimer de la violence liés à leur pathologie, ou par une exigence sur le personnel. Une des causes possibles de violence de la part des accompagnateurs serait à la suite de réactions émotionnelles, notamment l'angoisse. Les tiers extérieurs sont généralement des bandes de quartiers voisins, toxicomanes, racketteurs, qui exercent une pression à l'encontre du personnel ou des patients, plus communément en service de psychiatrie.

Je vais démontrer à l'aide d'auteurs reconnus dans la prochaine partie, un type de violence particulière qui peut être présent dans les services de soins.

1.3.3 La violence psychique

La violence psychique selon Catherine Mercadier correspond à une agression verbale qui peut être à connotation sexuelle, des gestes déplacés, des regards qui déstabilisent... Ce type de violence est humiliant pour la victime, un sentiment d'écrasement et de honte peut s'instaurer. Lorsqu'on se retrouve en port-à-faux avec un patient, en opposition aux soins ou avec nous, nous pouvons être victime d'agression verbale. Aline Mauranges, psychologue clinicienne le décrit très bien "Insultes, menaces et incivilités se sont beaucoup développés laissant un sentiment d'insécurité[...]. Néanmoins, elles blessent terriblement car lorsque les mots touchent leur cible, ils portent atteinte à l'intégrité et à la dignité".

Selon Albert Ciccone, sur son article "*Violence du soin psychique*", on peut laisser entendre par "violence psychique", une violence surgissant d'une situation difficile, notamment face à la mort, d'un contexte de soin compliqué par exemple avec un sentiment d'impuissance, la reconnaissance ou même l'indifférence. Ce type de violence n'est pas clairement défini, elle est très peu évoquée alors qu'elle peut être présente dans beaucoup de services de soins.

Il y a des services où cette violence psychique prédomine. Les unités de soins palliatifs notamment rencontrent la mort à de nombreuses reprises, d'après Stéphane Amar dans le journal des psychologues. Elle fait partie à part entière et n'est pas un tabou dans la prise en soin, et pourtant les soignants et les accompagnants en première ligne peuvent être heurtés. Jean Bergeret décrit la mort comme une "onde de choc, un contact avec la "violence fondamentale", elle induit une perte et est difficile.

Selon Catherine Mercadier, la violence psychique renvoie à de nombreux sentiments, comme l'indifférence, cela "correspond à ce que les infirmières elles-mêmes appellent "se blinder", elles expriment "avec le temps on n'y fait plus attention, on se blinde"". Un sentiment d'impuissance est perçu face à la douleur qu'on ne peut soulager, face à la mort qu'on ne peut pas dériver ou même face aux contextes de motifs d'hospitalisation, par exemple les accidents de voie publique ou domestiques qu'on ne peut modifier. Une infirmière dans l'ouvrage de Catherine Mercadier cite "ce sentiment d'impuissance contre la douleur [...] atteint parfois les limites de l'intolérance, de l'insoutenable".

Cette notion renvoie au vécu de la personne, à la gestion émotionnelle, à la résilience et à toutes les compétences psychosociales. Surmonter cette violence fait appel à notre expérience et aux ressources que les soignants trouvent pour évacuer les affects négatifs au travail. En outre, les activités de loisirs, la vie affective et tout ce qui nous procure des sentiments positifs peut aider à surmonter cette violence au travail, d'après l'auteur Catherine Mercadier.

"Être soignant implique de vivre dans un monde professionnel marqué d'une dimension émotive que seules les professions à caractère relationnel connaissent [...]. Être soignant nous oblige forcément à modifier nos conduites et à gouverner nos émotions". Aline Mauranges

I. La gestion des émotions

2.1 Qu'est-ce qu'une émotion

L'Oxford English Dictionary était le premier à donner une définition de ce terme. Il définit une émotion comme “une agitation ou un trouble de l'esprit, du sentiment, de la passion, tout état mental de véhémence ou d'excitation”. En parallèle, selon Goleman ce sont “un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'il suscite”.

Selon Goleman, D., les émotions peuvent être classées en deux catégories, les émotions dites positives et négatives. Dans les émotions que l'on mentionne le plus souvent, il y a la colère, la tristesse, la peur, le dégoût et la honte. Concernant les émotions positives, les plus courantes sont le plaisir, l'amour, la joie et la fierté.

Une émotion, caractérisée souvent par une réaction de notre organisme face à un stimulus souvent externe, présente 5 composantes.

Scherer en 1989, a identifié la composante d'évaluation cognitive des stimulations ou des situations; la composante physiologique d'activation; la composante expressive; la composante motrice, d'action et de préparation du comportement; puis la composante subjective qui elle représente celle des sentiments.

D'après *L'intelligence émotionnelle* de Daniel Goleman, les émotions nous guident dans nos réactions face aux situations que nous rencontrons. Chaque situations auxquelles nous faisons face suscite une émotion particulière, s'inscrit dans notre répertoire d'émotions. Grâce à ce registre d'émotions, lorsque nous rencontrons une situation similaire à celle que nous avons déjà vécue, nous saurons comment réagir avec nos émotions connues auparavant.

L'édit de Socrate “Connais-toi toi-même” fait référence à l'intelligence émotionnelle, nous allons traiter cela dans cette sous-partie.

2.2 L'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle renvoie à deux termes que nous employons facilement, l'intelligence et les émotions. Salovey et Mayer ont défini l'intelligence émotionnelle en 1990 comme "l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres."

Le psychologue Daniel Goleman en 1995, dans son ouvrage sur l'intelligence émotionnelle, emploie le terme de méta humeur comme la conscience de ses propres émotions, chose prédominante de l'intelligence émotionnelle. Il cite "cette conscience des émotions est l'aptitude émotionnelle fondamentale sur laquelle s'appuient toutes les autres, notamment la maîtrise de soi".

Il existe trois principaux modèles définissant l'intelligence émotionnelle.

Selon Peter Salovey et John Meyer, leur modèle comprendrait quatre facultés principales. Il y a la perception émotionnelle: être conscient de ses émotions et les exprimer; l'assimilation émotionnelle: savoir distinguer les émotions ressenties; la gestion des émotions: savoir vivre une émotion dans une situation et la compréhension émotionnelle: comprendre les émotions.

Goleman perçoit l'intelligence émotionnelle autour de cinq grandes compétences personnelles, qui selon lui ne sont pas innées, qu'on doit acquérir, développer et perfectionner. Il s'intéresse à la conscience de soi pour reconnaître et comprendre nos humeurs personnelles; la maîtrise de soi: contrôler nos pulsions, la motivation interne, l'empathie qui sert à comprendre les émotions d'autrui et, les aptitudes sociales .

Le modèle de Bar-On, directeur de l'institut des intelligences appliquées du Danemark, désigne l'intelligence émotionnelle composée de cinq composantes principales. Les compétences intrapersonnelles, interpersonnelles, l'adaptabilité, la gestion du stress et l'humeur générale sont pour lui, les fondements de l'intelligence émotionnelle, qui se développent avec le temps.

On retrouve dans ces trois modèles des concepts clés qui composent l'intelligence émotionnelle. On peut remarquer que Goleman parle de cinq grandes compétences personnelles alors que Bar-On emploie le terme de composantes principales. Dans le modèle de Peter Salovey et John Meyer, il est composé de quatre facultés, tandis que dans le modèle de Goleman et dans celui de Bar-On, il y a quatre facultés principales.

On retient de ces quatre modèles: l'intelligence émotionnelle est une capacité qui nous permet de gérer nos émotions, et nous apporte des ressources pour faire face à différentes situations. Nous allons nous focaliser maintenant sur des situations de violence, et notamment sur comment gérer ces émotions face à ces situations particulières?

2.3 Nos émotions face à la violence: quels moyens de gestion?

Face aux situations notamment de violence, les personnes réagissent de différentes manières, en fonction de leurs émotions ressenties

Mayer a classé les individus en trois catégories selon leurs rapports avec leurs émotions. En premier lieu, il y a ceux qui ont conscience d'eux-mêmes, ceux qui connaissent leurs émotions, ils sont attentifs à eux-mêmes et à ce qu'ils éprouvent. Cela les aide à maîtriser leurs affects. Il y a ceux qui se laissent submerger par leurs émotions, selon Mayer ils n'ont pas conscience de leurs émotions, ils s'abîment et ont le sentiment de ne pas contrôler leur vie affective. Enfin il y a ceux qui ont conscience de ce qu'ils ressentent, même de façon négative, mais ne font rien pour changer.

Le rapport aux émotions est donc différent d'une personne à l'autre, plus généralement on peut trouver une distinction de genre. Diener a constaté que "les femmes ressentent leurs émotions, positives ou négatives, de manière plus violente que les hommes".

Les mécanismes de défense selon Henri Chabrol sont définis comme des "processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement". En psychanalyse, les mécanismes de défense sont toutes les réactions créées de façon inconsciente qui sert à protéger notre intégrité psychologique des contraintes extérieures.

D'après notre enseignement de psychologie, sociologie et anthropologie, il existe plusieurs types de mécanismes de défense, classés en deux grandes catégories, une en fonction de leurs effets plus ou moins adaptatifs et l'autre en fonction de leur cible, émotions ou pensées. Les principaux sont le refoulement où le sujet cherche à rejeter des représentations; le déni qui consiste à un refus de reconnaissance de la réalité d'une perception traumatisante; la sublimation qui est une pulsion sublimée dérivée vers un but, qui vise des objets socialement valorisés; le déplacement qui est un

affect détachant une représentation dangereuse pour le psychisme pour s'investir vers une autre idée; le clivage du moi, la coexistence de deux attitudes psychiques contradictoire à l'endroit de la réalité.

Les mécanismes de défenses sont des opérations mentales involontaires, venant de notre inconscient, mais il y a également des opérations mentales dites volontaires que l'on appelle les processus de coping. Les processus de coping sont définis par Henri Chabrol comme "des stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise [...] par lesquelles le sujet choisit délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe".

Face à diverses situations, nos émotions sont alors maîtrisées de part notre inconscient et notre conscience propre grâce à la défense et au coping. Ils contribuent tous deux à notre adaptation aux traumatismes, difficultés et situations dont nous faisons face au quotidien.

Dans le travail de toutes infirmières, selon Marine Schachtel dans son ouvrage, "la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité".

Afin d'obtenir un climat émotionnel adéquat et confortable à chaque soignant dans sa vie affective au sens général, les activités de loisirs à différencier du temps libre ont été prouvées comme ressources pour contrer les tensions négatives, selon Nathalie Heinich dans le chapitre "*La gestion des émotions par le soignant*" du "*Travail émotionnel des soignants à l'hôpital*" de Mercadier, C.. Également, le fait de parler des émotions ressenties, de son vécu au travail soulage, apaise et libère le soignant de l'incidence émotionnelle de son travail.

De nombreuses ressources, méthodes et mécanismes nous aident à maîtriser plus au moins nos émotions afin de parvenir à un état émotionnel positif.

A présent, je vais aborder la troisième notion de mon cadre conceptuel. Grâce aux auteurs, je vais définir ce qu'est l'expérience pour débiter.

II. La notion d'expérience

3.1 Qu'est-ce que l'expérience

L'expérience, nom féminin du latin "experientia", est définie selon le dictionnaire Larousse comme la pratique de quelque chose, de quelqu'un, l'épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude; connaissance tirée de cette pratique. C'est le "fait de faire quelque chose une fois, de vivre un événement, considéré du point de vue de son aspect formateur".

D'après une revue de Joël Cadière sur l'expérience, il aborde quatre fondements en lien avec l'expérience en elle-même: la mémoire, l'action, la connaissance et la recherche.

La mémoire, étant le premier palier, c'est l'accumulation de toutes nos pratiques, de nos actions, de nos sensations et de nos émotions. Ce réceptacle est le contenant de tout ce qu'on a vécu dans le passé, et "s'il ne peut y avoir d'expériences sans un vécu, de même, il ne peut y avoir expérience sans un processus" J.Cadière.

L'action d'agir, de réfléchir et de faire selon diverses choses est influencée par notre expérience passée. Nos faits et gestes, faits de telles manières, s'inspirent de notre expérience acquise, "tout se passe comme si l'expérience acquise en soi était la condition et la garantie d'un "pouvoir d'agir"" d'après le numéro 151 de Forum 2017.

La connaissance fait partie de notre expérience, elle y contribue. C'est une capacité réflexive qu'on obtient via nos expériences passées, nos savoirs et nos acquis. A contrario, la connaissance est issue de la théorie alors que l'expérience nous conduit à penser au premier abord à la pratique, notamment à la recherche qui peut être scientifique.

La recherche renvoie à la notion d'expérimentation, "quand le sujet individuel engage une démarche recherche-action à partir de sa propre pratique, il est à la fois celui qui agit avec son expérience, et celui qui fait expérience d'une démarche de recherche."

L'expérience est un élément complexe et propre à chacun. "L'expérience est de l'ordre d'un vécu unique et singulier." Joël Cadière. J'ai décidé de poursuivre en s'appuyant sur les deux grands types d'expériences au quotidien que nous rencontrons: l'expérience personnelle et l'expérience professionnelle

3.2 Les deux types d'expérience

3.2.1 L'expérience personnelle

Le concept d'expérience personnelle reste très vaste, aucune définition n'est inscrite. Le dictionnaire Le Robert apporte une définition de l'expérience comme le fait d'éprouver quelque chose dans sa réalité, épreuve que l'on en fait personnellement, puis définit l'adjectif personnel comme ce qui concerne une personne, ce qui lui appartient en propre.

Notre expérience personnelle acquise en permanence au sein de notre parcours de vie contribue à notre caractère et notre façon d'être et de réagir. Lorsqu'on évoque l'identité personnelle, elle est définie selon Maxicours comme quelque chose qui repose sur le travail de la mémoire qui lie entre elles les expériences vécues et qui permet de savoir qui on est. Chaque individu singulier a sa propre identité personnelle liée à ses expériences personnelles et professionnelles.

D'après l'article "Expérience, transformation de soi, construction du moi, affirmation du je" de Barbier, J-M., il exploite le vécu comme une contribution à la constitution d'un "soi", ça revient à dire que ce que l'humain vit contribue à ce qu'il devient. Il cite également qu'il existe plusieurs registres faisant partie de l'expérience personnelle, comme le vécu; l'élaboration d'expérience; l'expérience communiquée. L'expérience élaborée d'un sujet est défini selon Barbier, J-M., comme "ce qui relève des constructions de sens qu'un sujet opère à partir et sur sa propre activité". L'expérience communiquée est caractérisée par "tout ce qui est montré, raconté, proposé par un sujet sur sa propre expérience dans une interaction avec autrui ou avec lui-même".

"L'expérience ce n'est pas ce qui arrive à l'individu. C'est ce que fait l'individu de ce qui lui arrive". Aldous Huxley (1954) dans l'article de Barbier, J-M.

J'ai décidé à présent d'évoquer le deuxième versant de l'expérience, qui est le côté professionnel.

3.2.2 L'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle se définit selon Janine Rogalski et Jacques Leplat dans leur article comme "ce qui est produit sur l'homme par sa pratique, c'est-à-dire par la réalisation des tâches d'un domaine, sur un temps relativement long". Ce terme renvoie à un processus et non pas à une qualité. L'expérience professionnelle est soit acquise ou soit elle fait défaut.

Il existe deux types d'expériences, l'expérience sédimentée et l'expérience épisodique. Elles sont toutes deux comprises lorsqu'on parle d'expérience professionnelle. L'expérience sédimentée est basée sur la répétition de tâches, tant dis que l'expérience épisodique est centrée sur la singularité des tâches et situations rencontrées.

J.Rogalski et J.Leplat ont travaillé sur l'expérience professionnelle, au sein de leur article, ils rappellent que l'expérience sédimentée est composée de plusieurs conditions à son développement. On y retrouve la répétition, la variabilité des situations et un contexte non explicité. Quant à l'expérience dite épisodique, elle renvoie à "une diversité de types de situations considérées dans leur singularité, qui vont de l'exception au paradigme".

Ces deux types d'expériences nous servent à mémoriser et à savoir faire au cours de notre carrière professionnelle. L'une renvoie à l'apprentissage basé sur la répétition et l'autre à la particularité des situations rencontrées qui nous marquent et où on en retire des leçons, selon Rogalski, 2004.

D'après l'article de Grasser Benoit et Rose José (2000), "la construction de l'expérience professionnelle apparaît donc comme un processus complexe, influencé à la fois par le contexte productif et les acquis de la formation". Au cours des formations et au cours des périodes de travail, nous acquérons de l'expérience.

Au vue de la polysémie de cette notion, décrite auparavant, j'ai décidé de m'interroger sur les nuances ou bien les critères pour se définir comme expérimentés ou non.

3.3 Une notion subjective, quand sommes-nous considéré expérimenté?

Que ce soit en stage ou à la recherche d'un travail, il nous ait demandé d'avoir de l'expérience, d'être expérimenté. Mais qu'est-ce que c'est avoir de l'expérience? Est-ce que cela renvoie à un certain seuil temporel? Qui détermine si nous sommes expérimentés? Y a-t-il des critères communs?

Lorsqu'on recherche l'antonyme d'une personne expérimentée, on trouve le terme de novice. Un novice est une personne qui manque d'expérience. Selon le Larousse, être expérimenté signifie "avoir une longue expérience dans un métier et, de ce fait, une forte compétence".

Par ailleurs, selon Mathilde Hardy dans le Cadremploi, "sur le marché du travail, le qualificatif de "senior" signifie que la personne à recruter doit posséder un certain nombre d'années d'expérience sur le poste en question". Elle cite ensuite qu'on peut dire qu'une personne est considérée jeune diplômée si elle a jusqu'à une année d'expérience, tandis qu'un senior ou expérimenté comptabilise 10 années minimum d'expérience. Cette auteur du Figaro, Mathilde Hardy ajoute également que le niveau d'expérience n'est pas à confondre avec l'âge de la personne.

Dans *De Novice à Expert* de Patricia Benner, elle explique qu'il y a la théorie avec les connaissances et les savoirs de l'infirmière puis il y a l'expertise, qui se développe suite à des situations rencontrées. D'après cette théoricienne en soins infirmiers, "on peut donc parler d'expérience lorsque les notions et les attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité. L'expérience est l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie".

Gadamer, en 1970 avait cité que "Le mot "expérience", [...] ne fait pas simplement référence au passage du temps."

"La compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.". Benner, P.

On peut remarquer que certains auteurs pensent et démontrent qu'être expérimenté c'est d'avoir des années d'ancienneté dans le métier, tandis que d'autres disent que ça ne fait pas que référence au temps mais plutôt aux situations rencontrées.

Après avoir défini les notions clés de ce travail à l'aide d'auteurs connus, je vais tenter de comparer cette théorie à la réalité du terrain notamment en allant rencontrer des professionnels de santé.

Cadre méthodologique

J'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs auprès des infirmier(ère)s. D'après Gaspard Claude, l'entretien semi directif est une méthode d'étude qualitative. Il a pour but de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche.

J'ai décidé de choisir ce type d'approche contrairement à un questionnaire afin de favoriser l'échange entre les professionnels et moi-même. Pour évoquer les ressentis et les émotions, je trouve cela plus intéressant car ça ouvre la discussion, et je peux davantage obtenir des informations clés pour la suite de mon travail.

J'ai souhaité interroger deux profils différents notamment sur le type de service et sur leurs années d'ancienneté. A l'aide de formateurs de l'institut de formation, j'ai pu être en contact avec les deux professionnels par mail afin de leur proposer l'entretien. J'ai pu rencontrer une jeune diplômée exerçant en soins palliatifs et une diplômée depuis 11 ans travaillant aux urgences de nuit. J'ai souhaité avoir deux infirmières bien différentes de part leurs années d'expérience afin de savoir si cela influence ou non sur la gestion des émotions. J'ai souhaité aussi qu'elles ne viennent pas de deux services similaires, comme les soins palliatifs et les urgences afin d'avoir des réponses variées et ainsi les mettre en comparaison.

J'ai élaboré un guide d'entretien en m'appuyant sur les notions et les concepts développés dans le cadre conceptuel. Je suis partie d'objectifs pour élaborer des questions pertinentes. Un des entretiens s'est passé en présentiel sur le lieu d'exercice de l'infirmière, puis l'autre s'est déroulé par appel téléphonique à la demande de l'infirmière. J'ai enregistré les deux échanges à l'aide de mon téléphone personnel.

Durant les entretiens, la discussion s'est avérée très fluide dans les deux cas. J'ai adapté légèrement mes questions en fonction de leurs réponses et de l'avancement de la discussion. Les professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer ont été intéressés par le sujet et cela s'est bien déroulé et ce fut très intéressant et riche.

A présent, je vais profiter de cette richesse d'expérience de ces deux entretiens pour les analyser, chacun à l'aide des retranscriptions mises en annexe.

Analyse descriptive des entretiens

Concernant l'analyse descriptive des entretiens, j'ai suivi la méthodologie sous forme de tableaux qui sont disponibles en annexe. J'ai repris chacune de mes questions et réponses de mes deux entretiens semi-directifs. Afin de conserver l'anonymat des deux professionnels, je les ai intitulé IDE 1 et IDE 2, l'infirmière 1 étant la jeune diplômée exerçant en soins palliatifs et l'infirmière 2 étant diplômée depuis 11 ans et exerçant dans un service d'urgence. L'analyse débute à la question sur la notion de prendre soin.

Lorsqu'il a fallu définir le prendre soin, l'infirmière 1 comme l'infirmière 2 ont abordé la notion du patient dans sa globalité, le fait de gérer la douleur et le concept de bien-être et de meilleur être pour le patient.

On peut remarquer à l'aide du tableau que les deux infirmières ont évoqué ensuite la notion d'humanité, de bienveillance et le fait d'aimer autrui lorsque j'ai évoqué les valeurs communes des infirmières. Cela m'a permis de transiter avec mes questions suivantes.

Pour la question, "est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous retrouver dans des situations où vos valeurs ont été bafouées alors que vous preniez soin d'un patient?", les réponses étaient partagées pour les deux infirmières. L'infirmière 1 ne savait pas, elle ne pensait pas avoir rencontré des situations où les valeurs ont été bafouées en soins palliatifs, en revanche, dans un autre service oui. Tandis que l'infirmière 2 rencontre ces situations tous les jours. On remarque également que les deux infirmières étaient en accord pour dire que ces situations rencontrées ont un lien plus ou moins étroit avec le contexte.

Les réponses sur la définition de la violence ont été riches. Quatre catégories sont ressorties. Les deux infirmières ont défini la violence comme étant différente de l'agressivité et comprenant différents types. L'infirmière 1 a ajouté la contrainte envers quelqu'un. L'infirmière 2 quant à elle a ajouté le fait d'enfreindre les règles et les codes.

Pour la question, "avez-vous rencontré des situations de violence au cours de votre exercice professionnel?", les deux infirmières ont répondu que oui. L'infirmière 1 a évoqué que pour elle, dans chaque service la réponse serait oui. Aucune des deux infirmières n'a abordé la négation.

Concernant la question, “de quels types de violence êtes-vous le plus amenés à faire face?”, j’ai relevé trois types de violences évoquées par les infirmières. L’infirmière 1 en soins palliatifs fait face le plus souvent à soit de la violence physique pendant les phases agoniques ou soit à de la violence psychologique. Elle a argumenté la violence psychologique comme étant de la violence en lien avec les situations des patients. L’infirmière 2, elle, aux urgences fait face à de la violence physique, à de la violence psychologique plutôt en lien avec les conditions de travail et aussi à de la violence verbale.

En leur demandant ce qu’elles ressentent lors de ces situations, les réponses ont été variées. Les deux infirmières ont été d’accord en disant que c’était dépendant de chaque situation, qu’elles ressentent de la tristesse également. L’infirmière 1 ressent de la nostalgie au regard des situations rencontrées, tant dis que l’infirmière 2 a fait part de ressentir de la colère et un côté de dépit en disant que “99% du temps je me dis que c’est dommage qu’on en soit arrivé là quand ça va loin”.

Pour la question, “comment réagissez-vous face à cette violence?”, les réponses étaient très différentes d’une infirmière à l’autre. L’infirmière 1 a exprimé plusieurs de ses réactions telles que pleurer, verbaliser et relativiser. En revanche, l’infirmière 2 a plutôt formulé que ça dépend des situations rencontrées, qu’elle fait redescendre et calmer les tensions en parlant plus bas, ou sinon partir et fuir.

Lorsque j’ai questionné sur ce qui les aidait à gérer leur émotion, les deux infirmières ont cité qu’il faut relativiser, prendre du recul et que ça dépendait. L’infirmière 1 a précisé en disant que ça dépendait des situations vécues alors que l’infirmière 2 a précisé en disant que ça dépendait également de soi. L’infirmière 1 a aussi mentionné le fait de parler et de se rappeler les choses positives du métier. L’infirmière 2 se dit que cette violence ne lui est pas destinée.

Concernant la notion d’expérience, les deux professionnels ont défini les critères d’une infirmière expérimentée. Elles ont signalé toutes les deux le nombre d’années dans le métier, avoir plus de connaissances, compétences et formations et enfin d’avoir des capacités plus développées en termes d’adaptabilité, d’appréhension,... L’infirmière 2 a ajouté à cela l’âge de l’infirmière.

Pour la question “pensez-vous que l’expérience facilite la prise en charge d’un patient pour répondre à une situation vécue comme violente?”, l’infirmière 2 a explicité que oui, mais pas

forcément alors que l'infirmière a simplement évoqué que pas forcément. Aucune des deux a dit que non.

J'ai poursuivi en les interrogeant, pour savoir si elles se considéraient, elles, comme expérimentées face à ces situations difficiles. L'infirmière 1 a dit que non, mais peut-être que oui en fonction de son lieu d'exercice par rapport à d'autres. L'infirmière 2 se considère comme expérimentée, elle a répondu que oui.

Pour conclure cet entretien, j'ai demandé si un jour, elles avaient pensé à changer de métier suite à ces situations de violence rencontrées. Aucune n'a répondu que oui, l'infirmière 2 a hésité, réfléchi, puis a annoncé que non ou que ça pourrait à cause de plusieurs choses notamment la violence. Tant que l'infirmière 1 n'a jamais pensé à changer pour le moment de métier.

Discussion

Dans cette partie de mémoire, je vais mettre en lien les résultats de mes deux entretiens et mon cadre théorique. Cette partie renvoie à comparer les résultats entre la théorie et la réalité du terrain. Lorsque je croise les résultats, il y a certains points que les deux infirmières ont abordés qui rejoignent mon cadre conceptuel. Notamment sur la notion de prendre soin, Alain Rey, directeur du dictionnaire Le Robert avait défini cela comme "s'occuper du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose". Les deux infirmières ont évoqué également ce concept de bien-être, elles ont précisé cela en évoquant la gestion de la douleur. Pour ma part, je trouvais ça très intéressant que les infirmières abordent aussi le fait de prendre en soin un patient dans sa globalité. Après, j'ai souhaité aborder la violence, ce qui pouvait cohabiter avec le prendre soin en général dans notre exercice professionnel.

Tout d'abord, d'après mes recherches, dans le cadre conceptuel de nombreux auteurs définissent la violence comme ayant plusieurs types: physique, psychologique, verbale, sexuelle,... Les deux infirmières confirment cela. Elles ont rejoint également la théorie en indiquant quelques particularités comme la dissociation avec l'agressivité, la contrainte, et la dérogation des règles et des codes.

Je souhaitais revenir à ce que l'infirmière des urgences a évoqué lorsque j'ai abordé la notion de violence. En l'interrogeant sur les violences les plus courantes aux urgences, j'aurais pensé qu'elle aurait répondu surtout de la violence physique. Dans mon cadre conceptuel, la notion de violence

physique prédominait aux urgences, étant donné que c'est une unité ouverte sur la ville avec des patients alcoolisés, déments, etc... Certes l'infirmière, selon elle, fait face à de la violence physique et surtout verbale, mais ce n'est pas ce type de violence qui prédomine sur le terrain. Elle a accentué sa réponse sur de la violence psychologique, en lien avec les conditions de travail, avec la charge de travail, la fatigue, l'affluence, etc...

Dans mon cadre conceptuel, j'ai fait le choix de simplement distinguer la violence physique et psychique. C'est ces deux types de violences que j'ai rencontrés dans mes situations d'appels. J'avais orienté la violence psychique comme une "violence surgissant d'une situation difficile, notamment face à la mort, d'un contexte de soin compliqué" selon l'auteur Albert Ciccone. En effet, lorsque j'effectuais mes recherches sur ce point, je retrouvais beaucoup d'articles, d'ouvrages ou sites internet sur une violence psychologique en lien plutôt avec les conditions de travail. C'est vrai, qu'à l'heure d'aujourd'hui, c'est devenu presque courant d'aborder les difficultés de certaines professions. On aborde plus facilement ce type de violence psychologique en lien avec les burn out et la fatigue des soignants que la violence psychologique des choses pouvant être difficiles à accepter, comme la mort. Ayant effectué un stage aux urgences, c'est vrai qu'il y a une certaine pression exercée, involontairement je pense, par la charge de travail et par les patients qui arrivent sans cesse. Toutes ces conditions ajoutées à de la violence peuvent influencer selon moi les réactions et émotions des soignants. Je vais développer mes pensées ultérieurement, j'ai préféré éclaircir avant sur les disparités et sur ce qui m'a étonné des réponses sur les types de violences.

J'ai été surprise des propos de l'infirmière, jeune diplômée en soins palliatifs, je n'avais pas idée que la violence physique pouvait être présente dans ce type de service. Mon cadre théorique s'est penché majoritairement sur une violence physique présente dans les services tels que les urgences, la psychiatrie et la gériatrie. C'était une information que je n'avais pas, dont je n'aurais pas imaginé. Pour ma part, je m'étais fait à l'idée qu'en service de soins palliatifs, la violence physique n'était pas présente ou du moins très peu. J'ai trouvé ça très intéressant par ailleurs comment l'infirmière a argumenté la violence physique dans son service. Elle a ajouté que c'était une violence involontaire de la part des patients car ils se trouvaient dans une phase agonique, à l'approche de la mort. Cela me questionne à présent sur ce qu'elle entendait par de la violence involontaire, pour moi cela signifie en autre que c'est pardonnable, que ce n'est pas de la faute du patient. Elle avait renchéri justement au fait que cette violence physique survient seulement pendant une phase clinique bien spécifique, où les patients sont dans un état second, où ils ne se contrôlent plus, et sont agités et angoissés.

Cependant, elle fait face plus souvent à une violence psychique face à des situations difficiles, face à la mort et à l'attachement. Cela rejoint ce que j'avais imaginé et ce que mon cadre conceptuel disait.

Mais malgré que la violence physique soit une violence à part entière de son quotidien, cela m'a interrogé d'avantages, car je pense que ce n'est pas connu de tous. Du moins, pour moi, je n'avais pas cette image de ce type de service.

Je désirais aborder les réactions et les ressentis des infirmières face à ces situations de violence. L'infirmière des soins palliatifs abordait la tristesse, la nostalgie tandis que l'infirmière des urgences annonçait des sentiments de colère et de dépit. Toutes deux étaient en accord avec la théorie, en disant que ça dépendait des situations et de l'état émotionnel et physique de l'infirmière à cet instant T. De même, concernant les réactions face à ces situations de violence, l'infirmière des soins palliatifs évoquait pleurer, verbaliser et relativiser, alors que l'infirmière des urgences démontrait plutôt des attitudes telles que la fuite et parler plus bas pour calmer les tensions. Je remarque alors que ces émotions et réactions abordées par les deux infirmières sont différentes, cela me fait penser que c'est en lien avec les différentes situations qu'elles peuvent rencontrer. Si je reprends le type de violence physique ou verbale que l'infirmière des urgences peut subir, cela renvoie à des émotions négatives et des réactions comme des mécanismes de défense pour se protéger. J'avais décidé d'aborder justement un item sur les mécanismes de défense dans mon cadre théorique, en effet certains auteurs ont énormément travaillé sur ce sujet.

Enfin, j'aperçois que l'infirmière des soins palliatifs n'a pas noté de telles émotions et attitudes de protection malgré qu'elle peut faire face comme elle le disait à des situations de violences physiques. Cela me laisse penser alors que les émotions et les réactions diffèrent en fonction de l'état du patient violent. Si je reprends, l'infirmière aux urgences fait face à de nombreux patients alcoolisés, qui comme elle le disait, peuvent être violents sous cet état d'ébriété, en plus du contexte de soin particulier avec l'attente, la charge de travail, la fatigue etc... Alors que l'infirmière en service de soins palliatifs a évoqué faire face à des patients violents sous une phase agonique à l'approche de la mort. D'autant plus, elle dit avoir le temps avec ses patients, de les accompagner et d'accompagner leurs proches. Le contexte de soin étant différent, tout comme le contexte du patient dans cet épisode de violence entre le patient en phase d'éthylisme ou le patient en phase agonique.

L'état de ces deux types de patients étant bien différents, pourtant ils se rejoignent sur quelques points. Ils sont tous deux dans une phase où ils ne sont pas conscients de leurs actes ou sous l'emprise de substances ou d'angoisses, ce qui peut expliquer cette violence. Je me questionne à présent sur les limites de l'infirmière face à cette violence.

Je pense que le contexte de soin influence les réactions de l'infirmière face à des situations de violence, notamment à cause de la fatigue, de la charge de travail, de l'affluence... Enfin, j'aurais tendance à être en accord avec les deux infirmières. Je pense cautionné des gestes de violences d'un

patient en phase agonique. Je m'explique, un patient en phase agonique, pour moi je l'imagine très angoissé et apeuré à l'idée de mourir, j'aurais tendance à comprendre cette violence. J'aurais tendance à pardonner, à rester dans cette posture d'accompagnement, et peut-être que je réagis comme cela puisque l'approche de la mort m'aurait affecté. Tandis que faire face à un patient alcoolisé qui s'avère violent, je développerais des mécanismes de défense face à lui, je partirais ou je passerais le relais. Je pense que le fait d'avoir une pression temporelle aux urgences et des personnes alcoolisées à canaliser peut être difficile et épuisant pour les soignants. Pour autant, ce n'est pas très juste de traiter différemment ces deux types de personnes, car au fond cela reste de la violence physique. Ces deux personnes portent atteinte à notre intégrité, qu'elle soit physique ou psychique. Malgré cela, je reste à penser que certaines violences, certains patients peuvent être excusés de cette violence à notre insu ou à l'insu d'autrui. Par ailleurs, après avoir travaillé sur les émotions, j'arrive à dire que c'est un sujet assez vaste et personnel. Ce qui m'amène à me poser une nouvelle question: En quoi la reconnaissance de ses propres émotions contribuent à l'acceptation de la violence de l'autre et à en définir ses limites?

Conclusion

Durant ces trois années de formation, j'ai pu être confronté à de nombreuses situations en stage, j'ai pu énormément me questionner sur divers sujets. Sur de nombreux lieux de stages, la question des émotions revenait souvent. Notamment je me demandais comment les professionnels faisaient face et comment moi-même plus tard dans mon parcours professionnel, je ferais. J'avais tendance à vouloir me comparer aux autres professionnels, ou même les comparer entre elles. Elles n'avaient chacune pas le même parcours professionnel ni les mêmes années d'expériences. Quand est apparu le travail de recherche, suite à de nombreux échanges avec ma formatrice guidante de ce travail, une question dominait à posteriori de mes deux situations d'appels: Dans un contexte de violence, en quoi l'expérience professionnelle participe-t-elle à la gestion des émotions ressenties par l'infirmière lors de la prise en soin d'un patient ?

A l'aide d'auteurs connus, j'ai ajouté une partie théorique à ce travail de recherche en définissant toutes mes notions clés telles que le prendre soin, les émotions et l'expérience. J'ai ensuite rencontré deux infirmières afin d'apporter du contenu sur la réalité du terrain. J'ai pu interroger une jeune diplômée exerçant en service de soins palliatifs et une infirmière diplômée depuis 11 ans exerçant aux urgences. J'ai voulu avoir deux profils différents, tant par leurs années d'expériences que par leur lieux d'exercices. Je cherchais à l'aide de ces entretiens savoir si l'expérience impactait leur gestion des émotions, et si selon leur lieux d'exercice il y avait des disparités qui demeuraient notamment sur la

violence. J'ai pu analyser descriptivement ces entretiens grâce à une retranscription des dires des infirmières. Ensuite j'ai pu mettre en évidence certaines choses que les infirmières m'ont communiqués, les notions clés du cadre conceptuel et mon avis dans la discussion. La conclusion m'a permis de recenser l'ensemble du travail et d'y ajouter mon ressenti.

J'ai sincèrement apprécié ce travail, le fait de me questionner, d'apprendre, de comparer et d'analyser des résultats. J'ai pu grâce aux recherches définir des notions fondamentales à notre profession telle que le prendre soin, la gestion des émotions et la violence. Cela m'a beaucoup apporté notamment sur la capacité à me pencher sur un sujet pendant une longue période, j'ai développé d'avantages une certaine curiosité professionnelle. J'ai aimé être en contact avec les professionnels, durant les stages où j'ai pu échanger sur mon travail et surtout durant mes entretiens, qui m'ont beaucoup apporté.

Selon moi, ce mémoire va me permettre de mieux gérer et appréhender mes émotions, de me questionner sur des situations pouvant être difficiles ou même sur des situations de violences à proprement parler. Je me suis enrichie de ce travail de part l'expérience des professionnels, qui elles, m'ont donné les clés qu'elles disposaient face à des situations complexes, et de part la théorie que j'ai su recherché. Je pourrais mobiliser ses recherches et ses outils dans mon parcours professionnel futur. Notamment ce travail m'a fait faire la part des choses entre les différentes violences et leurs limites. Dans ma projection professionnelle, je ne cesserais, je pense, d'être affectée par des situations plus ou moins difficiles. Je ne cesserais pas non plus d'être confronté à de la violence puisqu'elle peut être présente dans de nombreux services. En revanche, je suis humaine et je pense que mes réactions à chaud seront différentes de ce que j'imagine à froid en écrivant ce mémoire. Pour autant, ce sera un travail à réaliser tout au long de ma carrière, et cette réflexion autour de cette violence et de ses limites sera continue. J'ai pu pour autant identifier des clés importantes durant mes entretiens, comme les collègues qui peuvent être ressources, l'accompagnement pour les professionnels ou même les formations possibles au sein de notre univers de travail. Cela m'a fait réfléchir sur ma posture professionnelle.

Les difficultés que j'ai pu rencontrer ont été de synthétiser mes idées. Je me suis trouvée restreinte par le nombre de pages attendues. J'ai de nombreuses fois été très inspiré sur mon écriture que je manquais de franchir les limites. Toutefois, j'ai eu peur de m'éparpiller et de m'éloigner plus ou moins de mon idée première.

Pour conclure, ce travail de recherche m'a littéralement fait évoluer. Il m'a transformé sur le plan personnel et sur le plan professionnel. Durant l'écriture de ce mémoire, j'ai vécu des moments de doute, d'incompréhension, des moments de joies et de plaisir à la fois. Il m'a aidé à m'auto critiquer, à

me remettre en question, à persévérer et à toujours vouloir chercher le meilleur. Professionnellement parlant, j'ai mûri grâce aux lectures et à cette écriture. Cela a été très enrichissant et formateur pour ma pratique infirmière, selon moi.

A l'issue de ce travail d'initiation à la recherche, un nouveau questionnement est apparu qui peut donner suite à ce mémoire: En quoi la reconnaissance de ses propres émotions contribuent à l'acceptation de la violence de l'autre et à en définir ses limites?

- Grasser, B., & Rose, J. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation. [L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation - Persée \(persee.fr\)](#)
- Haute, J-C. (2022). Explorer ce qu'est le soin. *Perspective Soignante*, n°73, page 77 à 90
- Monfort, H. (2016). Observer le travail des infirmiers "novices". *Gestions hospitalières*, n°561, page 631 à 635
- Morvillers, J-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, n°122, page 77 à 80
- La Rédaction. (2021). Des violences à l'hôpital notamment en psychiatrie, aux urgences et en gériatrie. Vie Publique. [Violences à l'hôpital en psychiatrie, aux urgences et en gériatrie | vie-publique.fr](#)
- Rogalski, J. (2011). Expériences et construction d'invariants: connaissances opérationnelles, schèmes d'action et "qualités". *Travail et Apprentissages*, n°7, pages 45 à 61. [Expériences et construction d'invariants : connaissances opérationnelles, schèmes d'action et « qualités » | Cairn.info](#)
- Rogalski, J., & Leplat, J. (2011). L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques. *Activités*, [L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques \(openedition.org\)](#)
- Terrenoir, V. (2020). Violences à l'hôpital: encore trop nombreuses alors que des solutions existent. MACSF. [Violence à l'hôpital : des solutions existent - MACSF](#)

Cours:

- UE 1.1 S2. (octobre 2020). Les mécanismes de défense
- UE 1.1 S2. (mars 2021). Agressivité, violence et CNV
- UE 4.2 S2. (février 2021). Paralangage ou le langage du corps

Dictionnaire et encyclopédie:

- Dictionnaire, Le Larousse. (s. d.). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
- Dictionnaire, Le Robert. (s. d.). <https://dictionnaire.lerobert.com/>
- Oxford English, Dictionary. (s. d.). <https://www.oed.com/>

Wikipédia et autres wikis:

- Mécanisme de défense. (2023, 4 janvier). Dans Wikipédia. https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9canisme_de_d%C3%A9fense
- Prendre soin. (2023, 2 avril). Dans Wiktionnaire. https://fr.wiktionary.org/wiki/prendre_soin

Page web:

- Claude, G. (2019). *L'entretien semi-directif: définition, caractéristiques et étapes*. Scribbr. [L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes \(scribbr.fr\)](#)
- Conseil de l'Europe Portail. (s. d.). *La violence physique - Questions de genre*. [La violence physique - Questions de genre \(coe.int\)](#)
- F. (2018). *Care et cure - Fiches IDE*. Fiches IDE. [Care et cure - Fiches IDE \(fiches-ide.fr\)](#)
- Grieps. (2011); *Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie*. [Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie - Grieps](#)
- HAS Santé. (2004). Texte des recommandations, L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. [Accompagnement court 2.doc \(has-sante.fr\)](#)
- Intemotionnelle. (2018). *Qu'est-ce que l'intelligence émotionnelle?* <https://www.intemotionnelle.com/quest-ce-que-lintelligence-emotionnelle/?cn-reloaded=1>
- Ministère de la santé et de la prévention. (s. d.). *La violence en santé et l'ONVS*. [Observatoire national des violences en milieu de santé - ONVS \(sante.gouv.fr\)](#)
- Ooreka Santé (s. d.). *Mécanismes de défense : types, caractéristiques*. [Mécanismes de défense : types, caractéristiques - Ooreka](#)

PDF autonome:

- Ferrari, R. (2013). *La violence aux urgences: une triste réalité?* [La violence aux urgences : une triste ? \(sfmu.org\)](#)

Annexes

Annexe I: Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Clémence et dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, j'ai décidé de travailler sur l'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière dans le prendre soin. Afin d'apporter matière à mon travail, je vais vous poser quelques questions. Tout d'abord, est-ce que vous êtes d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?

Dans un contexte de violence, en quoi l'expérience professionnelle participe-t-elle à la gestion des émotions ressenties par l'infirmière lors de la prise en soin d'un patient ?		
Notions	Objectifs	Questions multiples avec relances possibles
	<p>Introduire l'entretien</p> <p>Connaître le profil des soignants interrogés</p>	<p>Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?</p> <p>Quelles ont été vos motivations pour travailler dans ce service ? (soins palliatifs ou urgences)</p>
Le prendre soin	<p>Identifier les représentations du soignant sur le prendre soin</p> <p>Identifier les valeurs infirmières en lien avec le prendre et transiter avec la prochaine notion</p>	<p>Qu'est-ce que signifie le prendre soin?</p> <p>Est-ce que selon vous, les infirmiers se retrouvent autour de valeurs communes? Lesquelles?</p>
La violence	<p>Identifier les représentations du soignant sur la violence</p> <p>Déterminer ce que signifie la violence pour les soignants</p> <p>Savoir si la violence est présente dans les services choisis</p> <p>Déterminer quel type de violence prédomine en fonction du service d'exercice</p>	<p>Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous retrouver dans des situations où vos valeurs ont été bafouées alors que vous prenez soin d'un patient?</p> <p>Que signifie pour vous la violence?</p> <p>Avez-vous rencontré des situations de violence au cours de votre exercice professionnel ?</p> <p>Si oui, de quels types de violences êtes-vous le plus amenés à faire face? Psychologique? Physique? Les deux?</p>

La gestion des émotions	<p>Identifier les émotions ressenties par le soignant au cours de situation violente</p> <p>Identifier les réactions possibles des soignants face à la violence</p> <p>Déterminer les clefs pour gérer ses émotions en fonction de l'infirmière</p>	<p>Que ressentez-vous dans ces situations?</p> <p>Comment réagissez-vous face à cette violence?</p> <p>Qu'est-ce qui selon vous vous aide à gérer vos émotions ?</p>
L'expérience professionnelle	<p>Identifier les représentations sur la notion d'expérience</p> <p>Identifier si l'expérience permet de mieux appréhender les situations violentes</p> <p>Déterminer si les infirmières s'estiment expérimenter en fonction de leur âge et de leur parcours</p>	<p>Selon vous, que signifie être une infirmière expérimentée? Quels sont les critères?</p> <p>Pensez-vous que l'expérience facilite la PEC d'un patient pour répondre à une situation vécue comme violente?</p> <p>Considérez-vous que vous êtes expérimentés face à ces situations difficiles rencontrées?</p>
	<p>Évaluer l'impact de ces notions abordées sur le quotidien d'une infirmière</p> <p>Conclure l'entretien</p>	<p>Avez-vous un jour pensé à changer de métier suite à des situations de violence rencontrées? Si oui, qu'est-ce qui vous a poussé à rester infirmier ici?</p> <p>Avez-vous des choses à rajouter ?</p>

Annexe II: Retranscription des entretiens

Entretien 1 Soins Palliatifs

Moi: Bonjour, alors merci du coup d'avoir accepté de me rencontrer pour l'entretien. Je vais me présenter, je suis Clémence, élève infirmière en troisième année. Du coup mon mémoire de fin d'étude est basé sur l'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière dans un contexte de violence.

IDE: D'accord, pas de soucis, c'est avec plaisir!

Moi: Je vais vous poser quelques questions, et je voulais savoir si je pouvais enregistrer l'entretien?

IDE: Oui sans problème!

Moi: Merci ! Alors pour commencer, je vais vous demander de vous présenter, quel a été votre parcours professionnel etc?

IDE: Alors moi, je m'appelle M., je suis une jeune diplômée infirmière de juillet 2022, ça fait 5 mois maintenant que j'ai mon DE. J'ai effectué un stage en soins palliatifs en troisième année, ça m'a vraiment plu, j'ai postulé, et j'ai été accepté dès la sortie de l'école. Ça fait 5 mois du coup que je suis infirmière en soins palliatifs.

Moi: Ok très bien, et quelles ont été vos motivations pour travailler en soins palliatifs?

IDE: Je dirais que... C'est avant tout l'humain et la relation, j'aime bien aussi avoir le temps avec les patients, leur parler, créer des liens avec eux et ça on le retrouve vraiment bien en soins palliatifs. J'aime aussi la place de l'équipe soit plus grande, plus importante, échanger avec les gens et aussi englober la famille.

Moi: Mmh ok, d'accord. Et pour exercer ici en soins palliatifs, selon vous, quelles sont les qualités requises des infirmières?

IDE: L'empathie,... Le respect surtout, faire preuve de dignité aussi c'est important. Il faut aussi être patient, aller au rythme des gens et à l'écoute, beaucoup, savoir être à l'écoute, que ce soit avec le patient, ses proches ou même avec l'équipe soignante.

Moi: Mmmh d'accord, selon vous les infirmières se retrouvent-elles autour de valeurs communes? Si oui selon vous, lesquelles?

IDE: (silence). Oui oui bien sûr, je pense qu'on a à peu près toutes les mêmes valeurs pour exercer ce métier en général, on est humains avant tout, qu'on aime les gens en soit (rire), qu'on aime aider les autres, qu'on est bienveillants et puis voilà je sais pas trop sinon...

Moi: Je vais rebondir du coup sur la notion de bienveillance, d'aider les autres etc, est-ce que vous pouvez me définir le prendre soin en quelques mots?

IDE: Alors... C'est compliqué... C'est une notion dont on parle tous les jours c'est sûr, mais... Je dirais que le prendre soin c'est prendre en soin un patient dans sa globalité, avec son histoire et en incluant son entourage également... C'est aussi, je dirais faire en sorte que le patient soit dans de bonnes conditions, qu'il ait moins mal, qu'il... qu'il se sente mieux, c'est tout faire pour qu'il se sente mieux, même si parfois c'est difficile, on n'y arrive pas toujours malheureusement.

Moi: Mmmh c'est sûr, c'est une notion comme vous l'avez dit qui... dont on parle toujours mais qui est compliqué à définir réellement. Est-ce que dans ce prendre soin d'un patient, un jour ça vous est déjà arrivé d'être dans une situation ou dans des situations qui ont bafouées vos valeurs?

IDE: (silence) Franchement je ne sais pas trop... Ici en soins palliatifs je ne pense pas... Sinon quand j'étais en stage pendant ma formation en service de médecine par contre, j'ai vécu une situation oui qui était difficile... Après je ne sais pas, c'était plus par rapport au contexte de soin, où j'ai vu de la maltraitance soignante, j'ai vu de la violence et ouais pour moi ça a été compliqué, ça bafouait mes valeurs ça c'est sûr.

Moi: D'accord, c'était plus par rapport aux contextes de soin du coup?

IDE: Oui voilà plutôt.

Moi: Vous avez évoqué du coup la violence, est-ce que vous pouvez me dire qu'est-ce que c'est selon vous la violence?

IDE: La violence déjà, elle se distingue de l'agressivité, c'est plus fort. Il y a la violence physique, la violence morale et celle psychologique... Sinon je dirais que c'est contraindre quelqu'un sans le consentement, c'est... c'est large comme idée aussi parce que tout peut être violent en soit, le patient envers nous, la situation... le contexte... Voilà...

Moi: Et est-ce que vous en rencontrez de la violence en soins palliatifs? Si oui, de quels types êtes-vous le plus confronté ici? Physique? Psychologique? Les deux?

IDE: (silence) Oui, on peut rencontrer de la violence physique aussi en soins palliatifs où notamment pendant les phases agoniques, à l'approche de la mort les patients peuvent être dans un état d'agitation... où ils ne contrôlent plus alors ils peuvent être violents mais... mais c'est une violence involontaire. Après je pense que dans chaque service, on peut être amenés à soigner des personnes confuses ou avec plus ou moins de démence, et qui peuvent être violents envers nous soignants. Sinon ce qui a de violent, fin je ne sais pas si on peut appeler ça de la violence ou pas, je pense que oui fin je sais pas... Je voulais parler du contexte, le fait d'être confronté à la mort, s'attacher au patient pour l'accompagner vers ses derniers jours, parfois c'est difficile, parfois il y a des décès qui sont plus violents que d'autres et ça oui c'est commun en soins palliatifs, c'est plus psychologique que physique pour le coup.

Moi: D'accord et qu'est-ce que vous ressentez dans ces situations de violences, qu'elles soient physiques ou psychologiques? Et est-ce que ça vous a déjà déstabilisé au point d'interrompre le soin?

IDE: Alors... ce que je ressens dans les situations difficiles, franchement c'est vraiment dépendant de chaque situation, ça nous affecte plus ou moins notamment en fonction de à quoi elles font écho, si on fait des transferts ou non, ou si on y trouve un lien avec la personne et notre famille ou notre entourage. Et puis, en soins palliatifs, comme je l'ai dit tout à l'heure, on a le temps de créer une vraie relation avec les patients alors des fois on a des liens plus importants avec certains alors oui c'est dur de faire face aux décès, mais ça dépend vraiment des situations. Ça ne nous touche pas toujours et ni toujours de la même façon c'est ça que je veux dire. Mais ouais des fois certaines situations sont dures, on est triste, on est... on est un peu nostalgique aussi.

Moi: Comment réagissez-vous face à cette violence?

IDE: Ce qui est le plus difficile c'est à réagir, c'est à rebondir c'est face aux proches, car... ce sont plus souvent les familles qui verbalisent leur peine suite à la perte de leur proche. Les patients verbalisent hein eux aussi des fois, ça dépend mais c'est vrai que c'est plus souvent les proches qui nous en parlent, ça fait partie du deuil et oui là c'est plus difficile c'est sûr. Après comment je réagis... ça arrive de pleurer, pas face aux patients ou aux familles mais dans la salle de soin. Après ici, on est une équipe assez soudée et notre cadre se montre vraiment présent pour nous et à l'écoute.

Moi: Mmh c'est bien!

IDE: Et je pense que c'est important de verbaliser, surtout en équipe où on sait ce que c'est, ça arrive à chacun d'entre nous d'ailleurs d'avoir un moment où ça nous touche. Faut relativiser aussi, je relativise beaucoup, fin j'essaye.(rire) Ça m'est arrivé où à la maison je pleurais dans les bras de mon copain par contre, suite à un décès qui m'a vraiment touché. (silence). C'était une jeune de 25 ans qui devait se marier avec son compagnon le lundi, ils avaient prévu une lune de miel, une petite cérémonie, et malheureusement elle est décédée le dimanche. Alors oui c'est dur parce qu'on se dit qu'elle avait toute sa vie devant elle, elle avait pleins de choses encore à vivre et la maladie l'a eue avant. C'est dur parce que... bah elle avait pratiquement mon âge, ou l'âge de mes cousines fin... Ça peut être nous et ouais j'ai peut-être transféré et du coup c'était compliqué c'est sûr... Mais après voilà c'est un bon coup de mou et après ça va!

Moi: Qu'est-ce qui vous aide à gérer ses émotions là suite à ces situations qui... qui touchent effectivement?

IDE: Ça revient à ce que je te disais tout à l'heure, faut en parler, faut relativiser aussi. Après, toutes les situations ne sont pas dures en soi. C'est plus compliqué de faire face à des décès, notamment chez des personnes jeunes que chez une petite mamie de 90 ans qui a bien vécu et qui est fatiguée. Après c'est cette violence des situations qu'on a consenti en quelque sorte en venant travailler en soins palliatifs. On le sait en venant travailler ici même si par moment c'est compliqué faut pas le cacher. Et puis je suis tellement fière de faire ce métier, de contribuer au bien-être et au confort de quelqu'un, de me sentir utile, de porter de l'aide et de porter ma pierre à l'édifice que finalement ces points positifs passent bien au-dessus les situations tristes. C'est comme une balance, malgré la situation qui est difficile, je me rappelle que le métier est incroyable et que les liens humains restent plus importants. Ça m'aide ça en effet.

Moi: Mmh c'est super intéressant ce que vous dites...

IDE: (rire)

Moi: On va aborder du coup si vous voulez bien la notion d'expérience, qu'est-ce que ça signifie être une infirmière expérimentée pour vous? Quelles sont les critères pour dire qu'une infirmière est expérimentée?

IDE: Je dirais que... Pour être une infirmière expérimentée, faut avoir des années d'expériences, des années de diplômes, c'est quelqu'un qui a plus de compétences et de connaissances. Surtout c'est quelqu'un qui est... qui est fort sur l'appréhension de l'humain, fin qui sait comment appréhender l'autre, qui sait bien s'adapter à l'autre. Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis... Après sinon, c'est quelqu'un oui qui est diplômé depuis un moment, il y a la notion de temps et quelqu'un aussi qui est formé, qui a suivi des formations, qui... Voilà.

Moi: (rire) Très bien, et justement est-ce que vous pensez que cette expérience facilite la prise en soin d'un patient sur une situation vécue comme violence?

IDE: Ça peut, mais pas forcément je pense.

Moi: Et considérez-vous que vous êtes expérimentés face à ces situations difficiles rencontrées?

IDE: (rire) Oula non, j'ai encore beaucoup à apprendre, j'ai encore beaucoup de choses que j'ai développé certes mais que je dois continuer à peaufiner. Après peut-être que j'ai vécu plus de décès et que je sais plus au moins réagir en étant en soins palliatifs qu'un service lambda, mais c'est différent, je ne me considère pas du tout comme expérimentée pour autant parce que chaque situation est différente et chaque histoire de vie est différente. Après c'est vrai que quand j'ai commencé en soins palliatifs, c'était en stage du coup, bah... Ca m'est arrivé de faire des cauchemars en lien avec les patients, avec la mort etc et c'est passé, maintenant je n'en fais plus, donc peut-être que ouais avec le temps c'est passé, je sais pas... Peut-être que ça joue oui, peut-être que je le suis plus que quelqu'un d'un autre service lambda comme je disais.

Moi: Je vois, d'accord... Sinon, est-ce que suite à ces situations de violences rencontrées, est-ce que vous avez déjà pensé à changer de métier? Si non, qu'est-ce qui vous pousse à rester infirmière en soins palliatifs?

IDE: Alors non je n'ai pas pensé à changer de voie pour le moment car là j'ai trouvé vraiment un service qui me correspond où je m'épanouis et je suis contente d'exercer ce métier.

Moi: Super alors, avez-vous des choses à rajouter? Sur les notions qu'on a abordé ou autres?

IDE: Je ne pense pas avoir quelque chose à rajouter.. Non c'est bon. J'espère avoir correctement répondu à tes questions, que je ne me suis pas trop éparpillé... (rire)

Moi: Non, non c'est très bien, je vais pouvoir couper l'enregistrement, encore merci! Bien sûr je vais préserver l'anonymat pour ma retranscription.

IDE: C'est parfait! (rire)

Entretien 2 Urgences

Moi: Allo? Oui bonjour, vous m'entendez ?

IDE: Oui allo, je vous entends c'est bon.

Moi: On va commencer si ça ne vous dérange pas?

IDE: Oui, pas de soucis, avec plaisir même!

Moi: Super, déjà tout d'abord vraiment merci de votre réponse favorable (rire). Du coup je vais me présenter un petit peu, je m'appelle Clémence et dans le cadre de mon mémoire en soins infirmiers, j'ai décidé de travailler sur l'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière, dans un contexte du coup de violence dans le prendre soin. Et pour apporter matière à mon travail, je vais vous poser quelques questions.

IDE: Oui.

Moi: Et je vais vous demander aussi si je peux enregistrer l'entretien? Bien sûr je garderais l'anonymat pour l'écriture.

IDE: Oui, oui pas de soucis!

Moi: Super, c'est pour la retranscription. Du coup je vais vous demander à votre tour de vous présenter, quel est votre parcours professionnel?

IDE: D'accord, pas de soucis alors moi je m'appelle A, j'ai 32 ans, je suis diplômée depuis 2012, du coup mon expérience elle est assez vaste on va dire, on va dire que j'ai fais beaucoup de pool dans ma carrière avec une grande dominante dans les urgences, dans le secteur privé et là je travaille dans les urgences de nuit. Et j'ai un DU d'urgence vital aussi, urgence vital en soins infirmiers que j'ai passé en 2016.

Moi: D'accord.

IDE: Mais autrement j'ai travaillé dans... j'ai travaillé sur le pool de nuit où j'ai travaillé pendant 4 ans, dans tous les services de l'hôpital, c'est-à-dire pédiatrie incluse, voilà.

Moi: Ah oui c'est très riche du coup en effet.

IDE: Ah oui oui, après j'ai une grande dominante, ma carrière est vraiment basée sur les urgences.

Moi: Ok d'accord, donc là actuellement vous êtes aux urgences de nuit c'est ça?

IDE: Oui aux urgences de nuit, c'est ça.

Moi: Ok et quelles ont été vos motivations pour travailler dans le service des urgences?

IDE: Alors moi j'avais découvert ça au début par hasard au début de ma carrière dans le cadre du pool, je ne connaissais pas, ce n'était pas forcément quelque chose auquel j'avais pensé au tout début de ma carrière. Et puis finalement j'ai aimé le côté imprévu de notre travail, on ne sait jamais ce qu'il va se passer dans notre journée, dans la minute. J'aime aussi le côté où on prend en charge des patients dans une phase aiguë et... ouais très aiguë, très spontanée. J'aime du coup la spontanéité de cette prise en charge, de cette prise en soins avec les patients. Après j'aime aussi le petit côté d'adrénaline, ça on ne va pas le cacher c'est sûr, c'est un petit côté qu'on aime après avec les années il s'estompe un peu voire beaucoup (rire), mais ouais au début c'est quelque chose que j'aimais beaucoup.

Moi: D'accord et est-ce que vous saurez me dire quelles sont, selon vous hein, les qualités infirmières requises pour travailler du coup aux urgences?

IDE: Beaucoup d'adaptabilité, faut s'adapter tout le temps hein. Il faut aussi une capacité à réfléchir vite, faire des liens, à prendre beaucoup de recul, à essayer de prendre du recul sur certaines situations qui peuvent être parfois difficiles, par rapport à l'agressivité et par des situations qui peuvent être très graves, qui peuvent nous toucher. Après il faut être aussi très dynamique, être en bonne santé, être en forme, parce que ça demande beaucoup d'énergie, psychique et physique, faut pas l'oublier hein, on marche, fin dans tous les services aussi hein, mais aux urgences particulièrement on marche beaucoup, c'est très physique quand même, surtout en ce moment où l'activité est assez dense, donc faut quand même avoir des bonnes capacités physiques, qu'on a tendance à oublier mais c'est le cas.

Moi: D'accord, là on va parler un peu des valeurs infirmières, donc est-ce que selon vous les infirmières se retrouvent autour de valeurs communes, et si oui lesquelles? Quelles sont les valeurs, pour vous, les valeurs infirmières?

IDE: Dans la spécificité des urgences ou dans le métier en général?

Moi: En général.

IDE: Oh bah je pense que c'est... On est des gens humains, à l'écoute... On est des gens euh,... qui aime les autres en général fin on fait attention au bien-être, la bienveillance surtout, beaucoup de bienveillance, le prendre soin, le côté... beaucoup de bienveillance, en théorie c'est ce qu'on devrait tous avoir d'ailleurs. Il ne faut pas oublier aussi, on a aussi une culture assez scientifique alors, on est attiré par ça, on apprend beaucoup de choses. Il n'y a pas que le prendre soin du patient, il y a aussi le côté où on apprend pleins pleins de choses, sur les pathologies, sur comment prendre en charge certains patients. Je m'égare un peu peut-être? (rire)

Moi: Non non, pas de soucis, c'est... Ca va être très complet c'est bien. Je vais rebondir du coup sur ce que vous venez de dire, sur le prendre soin notamment. Est-ce que en quelques mots, très simple, vous pouvez le définir pour vous, qu'est-ce que le prendre soin? Vraiment en général, parce que c'est quelque chose de très... fin c'est un concept très complexe.

IDE: Le prendre soin, c'est... Prendre en charge une globalité d'un patient avec sa pathologie ou pas, au moment T, d'avoir.. fin qui soit dans la meilleure disposition possible, pour le bien-être. Apaiser les douleurs, apaiser les autres souffrances, fin on peut pas toujours mais au moins la douleur on peut essayer de l'apaiser, et puis prendre en charge aussi tout ce qui a autour de lui, c'est-à-dire ses angoisses, sa famille, fin pleins de choses, ses antécédents, son passé, son vécu, son avenir aussi, fin en fonction de l'âge, de la personne, on va pas avoir les mêmes projets et par rapport à un patient à un moment de sa vie quoi.

Moi: Oui, tout à fait et du coup à contrario ça vous est déjà arrivé de rencontrer, ou de vous retrouver dans des situations qui ont bafoué vos valeurs, dans le prendre en soin d'un patient?

IDE: Ah oui tout le temps, tous les jours, clairement tous les jours aux urgences. Quand... fin, surtout en ce moment où on a une grosse grosse charge de travail, on ne peut pas malheureusement, fin... nos valeurs sont complètement bafouées, c'est là où c'est un peu difficile surtout en ce moment où on est un peu à bout. Je pense que c'est parce qu'on n'est pas en accord avec nos valeurs, on ne peut pas travailler correctement, on ne peut pas, on fait du mieux qu'on peut, on essaye mais malheureusement il y a forcément des moments où, à plus ou moins grande échelle bien sûr hein, où nos valeurs peuvent être bafouées effectivement ouais. C'est un tout aussi, le contexte, les patients, la charge de travail, ...

Moi: Mmh je comprends, je vois mmh malheureusement oui. Je vais dévier l'entretien du coup sur la notion de violence, qu'est-ce que ça signifie pour vous?

IDE: (silence) La violence... c'est quand quelqu'un dépasse une certaine limite, qui enfreint les règles et les codes, après ça se différencie de l'agressivité... Fin surtout c'est quelque chose qui peut se manifester différemment, je veux dire surtout qu'il y a différents types de violences comme la violence verbale avec des insultes, physiques avec des coups, psychologique aussi et... puis voilà (rire).

Moi: Vous rencontrez des situations de violence au cours de votre exercice professionnel?

IDE: Des situations de violences, des patients envers nous c'est ça?

Moi: Oui oui que ce soit physique ou psychologique.

IDE: Ah oui effectivement c'est toute une globalité, parce que là les urgences sont en grandes souffrances donc nous aussi donc les patients aussi. Il y a beaucoup beaucoup d'agressivité alors, qu'elle soit dû à.. il y a pleins de raisons. Il y a la violence physique, il y a la violence verbale, après heureusement elle est plus souvent verbale que physique fin je ne sais pas si on peut dire heureusement mais, mais en tout cas c'est souvent en parallèle avec la charge de travail et l'activités

qu'on peut avoir, en fonction de l'heure, en fonction du jour, de la nuit... Je sais qu'ici.. je pense que c'est comme partout. Même au-delà de la charge de travail, on a un gros problème avec la prise en charge des patients alcoolisés qui sont un peu... qui sont même parfois très désinhibés donc qui se permettent de nous dire des choses ou de faire des choses qui ne se permettraient jamais de faire ça à jeun clairement et heureusement j'espère! (rire) Il y a l'attente aussi.

Moi: C'est le contexte qui influe aussi? qui majore cette violence aux urgences?

IDE: Oui tout à fait, il y a l'alcool, ça qu'importe la charge de travail malheureusement on y sera toujours confrontés mais on l'accepte différemment en fonction du flux qu'on peut avoir et puis il y a aussi le flux aussi qui fait qu'il y a de l'incompréhension, il y a de la violence plus ou moins grave et puis les patients ne se rendent pas forcément compte fin heureusement. Je ne pense pas qu'ils se rendent pas compte qu'ils sont agressifs ou violents envers nous. Je pense qu'ils ne se rendent pas compte que quand on nous dit "Je ne comprends pas pourquoi j'attends si longtemps! Qu'est-ce que vous faites? Vous n'avancez pas!" Je pense que pour eux ils ne se rendent pas compte que des fois c'est violent pour nous d'entendre ça, je sais par exemple un jour c'est un patient qui m'a dit que j'avais qu'à changer de métier fin ça a été ultra violent, je l'ai très mal pris quoi, parce que ça avançait pas, parce qu'il m'a entendu dire que j'en pouvais plus, après il avait pas à entendre ça hein! Je rentre dans la salle de pause, déjà j'en pouvais plus de la soirée, il y avait beaucoup beaucoup de monde, et le patient me dit que j'avais qu'à changer de métier bah c'est assez violent d'entendre ça quand on a travaillé, c'est la 5e nuits de la semaine et que on a absorbé beaucoup beaucoup de flux, on est fatigués, c'est des choses qui sont un peu difficiles à entendre. Je sais pas, peut-être je m'éloigne encore, je sais pas (rire).

Moi: Non, non, justement je vais rebondir mais est-ce que selon vous vous rencontrez plus de la violence psychologique où c'est dur pour vous la situation, ou plutôt de la violence physique de la part des patients?

IDE: Ah non...

Moi: Fin physique, qu'elle soit verbale ou non verbale du coup.

IDE: De la violence verbale oui beaucoup, violence physique, fin des actes, d'être touché, c'est ça que tu voulais dire?

Moi: En autres oui.

IDE: En fait...

Moi: La violence auquel vous êtes le plus amené si c'est physique ou psychologique fin...

IDE: Je ne sais pas s'il faut le dire... Sans être misogyne, les femmes on est moins confrontées à de la violence physique. Ça arrive, mais c'est rare, c'est rare qu'on nous frappe quand même, que les

hommes eux beaucoup plus souvent. Après ça reste quand même assez rare, fin non c'est pas si rare que ça en fait... Pas du tout même ce n'est pas rare pour mes collègues. Mais les femmes on est quand même rarement... moi par exemple appart... J'ai été poussé plusieurs fois, mais j'ai jamais pris de coups, vraiment de coups, j'ai beaucoup de collègues hommes qui eux se sont déjà tous pris des coups oui. Nous, ça arrive mais c'est quand même plutôt rare.

Moi: Oui, d'accord.

IDE: Après il y a beaucoup de violences verbales, que ce soit des menaces, des insultes, des... beaucoup d'insultes quoi. Et il y a la violence psychologique ici où comme je te disais tout à l'heure, "elle a qu'à changer de métier", c'est pas violent en soit, fin si mais... Ce que je veux dire aussi c'est les gens qui te traitent d'incapables, qui... moi on m'a dit que j'étais bonne qu'à mettre des pansements et que j'avais pas mon mot à dire, alors oui c'est violent à force.

Moi: Mmmh oui je comprends en effet.

IDE: Vraiment je pense ça dépend du contexte auquel on nous le dit, fin c'est des choses comme ça, après des insultes oui on en a pleins mais c'est pas forcément ça qui fait le plus mal. Quand on veut nous remettre en question alors qu'on ne connaît pas le contexte, de qui on est, de ce qu'on vit quoi, ça, ça peut être plus violent contrairement à des insultes basico basiques sur notre physique ou machin, qui sont pas ciblé, après quand on va attaquer notre... notre façon de travailler, notre façon d'être, ça peut être parfois un peu trash à entendre, surtout quand on est très fatigué. Il faut pas oublier ça dépend du contexte aussi, si on est fatigué ou non, et même ça dépend de notre contexte à nous aussi si par exemple je reviens de vacances, que ça fait qu'une heure que je viens de travailler et que je viens de commencer à bosser bon c'est différent. Il y a une question de nous aussi, où des fois on doit se remettre en question, nous soignant, des fois avec tout ce qui se passe on dégage des choses qui sont parfois pas positives et c'est important de savoir se remettre en question aussi.

Moi: Mmh je vois,, et comment vous réagissez vous face à cette violence qui est quand même omniprésente du coup aux urgences?

IDE: Bah clairement ça dépend vraiment des moments, c'est... Comme je le disais ça dépend vraiment si... Dans le contexte où on est, ça dépend si on est en fin de nuit, ça dépend si c'est la première ou la cinquième nuit de la semaine, ça va être complètement différent. Après des fois j'arrive à, quand tout va bien j'arrive à redescendre, c'est-à-dire que je parle plus doucement que le patient fin c'est ce que je fais la plupart du temps d'ailleurs, ce que je fais je baisse la voix quand la voix monte du patient quand il nous crie dessus, je baisse la voix pour que ça redescende, pour que la tension redescende, ça ça marche très bien en principe. Après quand c'est des insultes j'essaye de pas, fin je réponds pas je m'en vais, j'ai pas envie de... fin quand je sens que ça me touche vraiment, je pars fin, que plutôt de répondre quand c'est trop profond pour nous faut mieux des fois, fin moi en tout cas je pars. Et voilà après la plupart du temps, heureusement j'arrive à apaiser les tensions. Des fois par contre ça peut aller très loin, la violence est trop trop forte, fin envers nous ou les collègues, on a aux urgences ce qu'on appelle les PTI. On appuie sur un bouton et tout le monde, tout le monde vient et maîtrise le patient,

on doit le contentionner quand c'est trop, ou on le fait sortir des urgences ça dépend. Malheureusement des fois, fin on en arrive assez régulièrement à ça, quand la violence est trop forte envers nous ou envers lui-même des fois, car il y en a qui ont des gestes auto agressifs.

Moi: Mmh oui, d'accord ok, et qu'est-ce que vous ressentez dans ces situations où autour de cette violence et comment vous arrivez à gérer vos émotions?

IDE: Souvent j'essaye de passer à autre chose, de me dire que voilà ça me passe au dessus, quand c'est des attaques personnelles je veux dire. Je me dis que voilà c'est comme ça, et parfois ça fait mal, parfois les larmes montent parce qu'on est... peut-être que le patient a touché un point sensible à un moment donné, que à un autre moment il nous aurait dit ça fin à un autre moment ça nous aurait rien fait fin voilà l'émotion monte, on ressent de la colère, de la tristesse aussi et souvent il y a les collègues qui prennent le relais en disant là stop faut pas aller trop loin, après d'habitude sur les émotions heureusement 99% du temps je me dis que c'est dommage qu'on en soit arrivé là quand ça va loin. Mais non sinon, ça ne me touche pas tout le temps, malheureusement on est un peu blindée

Moi: Oui souvent ça vous aide à gérer vos émotions, ce blindage que vous avez construit du coup? Qu'est-ce qui vous aide justement à... gérer vos émotions? Quels sont les outils?

IDE: Oui tout à fait, voilà, à un moment on se dit qu'on doit protéger notre personne à nous, fin c'est pas moi qu'on attaque c'est le système, c'est les urgences, c'est ... fin c'est personne fin... Voilà après on arrive à prendre du recul, c'est pas nous. Après comme je disais ça dépend vraiment de comment on est nous, fin notre état de vulnérabilité, parfois ça blesse. Je prends encore cet exemple de "elle a qu'à changer de métier" il a été violent la dernière fois, les paroles en soient n'étaient pas méchantes mais à cette période de ma vie, c'était... Fallait pas me dire ça. C'était pas spécialement méchant, j'en ai vu d'autres mais ça touche, des fois ça touche alors qu'on me dirait ça aujourd'hui beaucoup moins.

Moi: Je vois, et du coup là on va plutôt orienter l'entretien sur la notion d'expérience, je pense qu'elle soit en lien plus ou moins proche avec la gestion des émotions, avec le blindage etc. Et du coup je vais vous demander, pour vous, qu'est-ce que ça signifie une infirmière expérimentée? Quelles sont un peu les critères pour dire qu'on est expérimenté?

IDE: Qu'est-ce qu'une infirmière expérimentée c'est une infirmière qui a vieilli, qui a de l'âge dans sa culture, dans sa vie, qui est mature dans sa vie, qui a vécu des expériences personnelles qui peuvent apporter dans le soin. Il y a aussi surtout les années d'expérience dans le soin, qui font que, on a vu beaucoup beaucoup de patients dans sa carrière dans sa vie, on a eu beaucoup d'expériences différentes, beaucoup de situations différentes et qui peuvent aussi... qui ont une capacité d'adaptabilité qui est beaucoup plus facile qu'au début de sa carrière. Après c'est pas forcément plus facile, de travailler, fin je ne sais pas comment expliquer mais ce n'est pas plus facile avec les années, c'est ça, au contraire.

Moi: D'accord, vous rejoignez du coup ma prochaine question, est-ce que vous pensez que l'expérience facilite la prise en charge d'un patient dans une situation vécue comme violente?

IDE: Ah très bonne question! (rire) Il peut avoir... Être expérimenté je ne pense pas que ce soit plus facile, avec les années c'est pas forcément plus facile dans notre métier je trouve. Alors oui par contre, dans des situations de violence oui. Effectivement oui! Par rapport à une jeune diplômée, avec l'expérience on appréhende beaucoup mieux une situation de violence, on sait beaucoup plus facilement la gérer, on sait beaucoup plus facilement prendre du recul aussi et se protéger, protéger les collègues et protéger le patient. On sait comment ça se passe, alors qu'au début on peut avoir peur, fin moi j'ai plus peur, du moins j'ai moins peur des situations violentes clairement et heureusement.

Moi: Mmh je vois.

IDE: Et puis aussi au début, des fois quand on est plus jeunes on est un peu plus "chien fou" j'ai envie de te dire, on est un peu plus, fin on va un peu plus dedans pour le coup que quand on a un peu plus d'expérience où on prend du recul. Il y a les deux versants je pense quand on n'a pas beaucoup d'expérience, on a le côté un peu en retrait où on a peur et il y a le côté inverse où on les voit, ils sont très rentre dedans et ce n'est pas forcément la bonne solution. (rire)

Moi: Et du coup, vous, vous considérez expérimentée face à des situations que vous rencontrez ?

IDE: De violence?

Moi: Oui de violence.

IDE: Oui oui je pense, oui complètement, après oui je suis expérimentée malheureusement (rire). Après, mes réactions peuvent quand même différer malgré mon expérience, c'est ça que j'essaye de dire depuis le début en fait. C'est que la plupart du temps on réagit toujours de la même façon, assez neutre, fin on fait tout le temps la même chose, on a un protocole on est habituée à gérer certaines situations, avec ces situations comme à descendre la voix comme je disais, aussi avec les PTI, comment faire pour, quand une situation devient critique. Malheureusement ça dépend aussi beaucoup du contexte, mais oui l'âge, fin mon expérience aux urgences fait que je réagis complètement différemment qu'il y a quelques années, donc oui pour moi je suis expérimentée on peut dire (rire).

Moi: Mmmh ok et est-ce qu'un jour vous avez déjà pensé à changer de métier suite à ces situations de violences rencontrées?

(silence)

IDE: Non pas spécialement à cause de ces situations de violence. Non pas à cause de cette violence, franchement ça serait pas ça qui me ferait changer de métier. Ce serait tous les alentours, fin ce qui ... fin non non, j'ai pas envie de changer de métier mais ce qui pourrait ce serait plus voilà tout le contexte, le flux, la violence aussi hein mais ce serait plus un ensemble qui ferait que.

Moi: Ce n'est pas...

IDE: C'est pas la violence en elle-même, après c'est sûr qu'elle est fatigante, elle est très fatigante, et ça joue peut-être, notamment on n'a pas une grande carrière aux urgences. Mais oui la violence est fatigante mais elle est pas... déterminante parce qu'on a des clés pour la gérer. Mais sur du long terme c'est possible que ça, c'est plus... fin elle est usante, on aimerait que ça se passe autrement.

Moi: Oui j'imagine... (silence) C'était très bien, est-ce que vous avez des choses à rajouter sur la notion de la gestion des émotions, sur la violence, sur l'expérience ou...

IDE: Non... Peut-être, oui les urgences c'est quand même un contexte assez particulier de notre métier, quand t'es aux urgences on fait tout pour que, comme on disait que les valeurs soient le moins possible bafouées, que ça se passe au mieux, mais que c'est involontaire de notre part que ça se passe mal, c'est ce que je voulais expliquer qu'on n'est pas des gens qui sont agressifs ou qui sont malveillants de base, on a les mêmes valeurs que tout le monde et que parfois c'est compliqué de garder la tête haute par rapport à tout ça. Oui, oui la violence est.. est comment dire, un symptôme d'un système qui... qui basille.

Moi: Oui c'est vrai qu'aux urgences vous êtes quand même amenés à, fin c'est le service où il y a le plus pratiquement de violence.

IDE: Ah oui clairement, après à la différence des autres services c'est qu'on est très nombreux, on n'est pas comme dans un service lambda, c'est pas la même chose. Un patient qui est violent dans un service de médecine, où on est 2-3 collègues, là j'aurais beaucoup plus peur, que là aux urgences on a la chance d'être en nombre, et l'effet de masse calme énormément de situations.

Moi: Oui c'est rassurant pour vous et l'équipe.

IDE: Évidemment! Oui je ne répondrais pas à un patient dans une situation de violence, je ne répondrais pas du tout de la même manière dans la rue, que je le fais dans le cadre de mon travail parce que je me sens en sécurité par rapport à... fin on a quand même des barrières, on a nos collègues, on a nos PTI qui nous mettent quand même en sécurité, et on essaye de ne pas s'enfermer dans les boxs avec les patients aussi... Moi, j'ai pas peur mais on m'a jamais vraiment touché, fait mal, appart comme je le disais me faire pousser mais peut-être que ce serait différent si un jour je me prends une grosse claque oui peut-être je réagis différemment, mais ça m'est jamais arrivé, je touche du bois, je croise les doigts! (rire)

Moi: Oui mmh mmh. D'accord j'espère pas! (rire)

IDE: Non j'espère pas (rire) Mais je pense que l'entretien aurait été différent si ça m'était arrivé.

Moi: Oui, peut-être. Après cet entretien a été, fin pour ma part ça a été super riche et je suis très contente.

IDE: Super alors, j'espère que je ne me suis pas vraiment éparpillée...

Moi: Non, non, après sans le vouloir vous rejoignez les prochaines questions, donc c'était top! Je vous remercie encore pour le temps que vous m'avez accordé, je vais pouvoir couper l'enregistrement si c'est ok pour vous.

IDE: Il y a pas de soucis, c'est ok.

Annexe III: Tableaux d'analyses des entretiens

Objectif: identifier les représentations du soignant sur le prendre soin

Extrait de l'entretien 1

Moi: Je vais rebondir du coup sur la notion de bienveillance, d'aider les autres etc, est-ce que vous pouvez me définir le prendre soin en quelques mots?

IDE 1: Alors... C'est compliqué... C'est une notion dont on parle tous les jours c'est sûr, mais... Je dirais que le prendre soin c'est prendre en soin un patient dans sa globalité, avec son histoire et en incluant son entourage également... C'est aussi, je dirais faire en sorte que le patient soit dans de bonnes conditions, qu'il n'ait moins mal, qu'il... qu'il se sente mieux, c'est tout faire pour qu'il se sente mieux, même si parfois c'est difficile, on n'y arrive pas toujours malheureusement.

Extrait de l'entretien 2

Moi: Non non, pas de soucis, c'est... Ca va être très complet c'est bien. Je vais rebondir du coup sur ce que vous venez de dire, sur le prendre soin notamment. Est-ce que en quelques mots, très simple, vous pouvez le définir pour vous, qu'est-ce que le prendre soin? Vraiment en général, parce que c'est quelque chose de très... fin c'est un concept très complexe.

IDE: Le prendre soin, c'est... Prendre en charge une globalité d'un patient avec sa pathologie ou pas, au moment T, d'avoir.. fin qui soit dans la meilleure disposition possible, pour le bien-être. Apaiser les douleurs, apaiser les autres souffrances, fin on peut pas toujours mais au moins la douleur on peut essayer de l'apaiser, et puis prendre en charge aussi tout ce qui a autour de lui, c'est-à-dire ses angoisses, sa famille, fin pleins de choses, ses antécédents, son passé, son vécu, son avenir aussi, fin en fonction de l'âge, de la personne, on va pas avoir les mêmes projets et par rapport à un patient à un moment de sa vie quoi.

Qu'est-ce que signifie le prendre soin?			
	Notion du patient dans sa globalité	Gérer la douleur	Notion de bien-être, de meilleur

IDE 1	<p>“prendre en soin un patient dans sa globalité, avec son histoire et en incluant son entourage également”</p>	<p>“qu’il n’ait moins mal”</p>	<p>“faire en sorte que le patient soit dans de bonnes conditions”</p> <p>“qu’il se sente mieux, c’est tout faire pour qu’il se sente mieux”</p>
IDE 2	<p>“Prendre en charge une globalité d’un patient avec sa pathologie ou pas, au moment T”</p> <p>“tout ce qui a autour de lui, c’est-à-dire ses angoisses, sa famille, fin pleins de choses, ses antécédents, son passé, son vécu, son avenir aussi”</p>	<p>“Apaiser les douleurs, apaiser les autres souffrances, fin on peut pas toujours mais au moins la douleur on peut essayer de l’apaiser”</p>	<p>“qui soit dans la meilleure disposition possible, pour le bien-être”</p>
Total	2	2	2

Objectif: Identifier les valeurs infirmières en lien avec le prendre soin et transiter avec la prochaine notion

Extrait de l’entretien 1:

Moi: Mmmh d’accord, selon vous les infirmières se retrouvent-elles autour de valeurs communes? Si oui selon vous, lesquelles?

IDE: (silence). Oui oui bien sûr, je pense qu’on’a à peu près toutes les mêmes valeurs pour exercer ce métier en général, on est humains avant tout, qu’on aime les gens en soit (rire), qu’on aime aider les autres, qu’on est bienveillants et puis voilà je sais pas trop sinon...

Extrait de l’entretien 2:

Moi: D’accord, là on va parler un peu des valeurs infirmières, donc est-ce que selon vous les infirmières se retrouvent autour de valeurs communes, et si oui lesquelles? Quelles sont les valeurs, pour vous, les valeurs infirmières?

IDE: Dans la spécificité des urgences ou dans le métier en général?

Moi: En général.

IDE: Oh bah je pense que c'est... On est des gens humains, à l'écoute... On est des gens euh,... qui aime les autres en général fin on fait attention au bien-être, la bienveillance surtout, beaucoup de bienveillance, le prendre soin, le côté... beaucoup de bienveillance, en théorie c'est ce qu'on devrait tous avoir d'ailleurs. Il ne faut pas oublier aussi, on a aussi une culture assez scientifique alors, on est attiré par ça, on apprend beaucoup de choses. Il n'y a pas que le prendre soin du patient, il y a aussi le côté où on apprend pleins pleins de choses, sur les pathologies, sur comment prendre en charge certains patients. Je m'égare un peu peut-être? (rire)

Est-ce que selon vous les infirmiers se retrouvent autour de valeurs communes? Si oui, lesquelles?			
	Notion d'humanité	Notion de bienveillance	Notion d'aimer autrui
IDE 1	“on est humains avant tout”	“bienveillants”	“qu'on aime les gens en soit (rire), qu'on aime aider les autres”
IDE 2	“On est des gens humains”	“la bienveillance surtout, beaucoup de bienveillance” “la bienveillance surtout, beaucoup de bienveillance”	“On est des gens euh,... qui aime les autres en général”
Total	2	2	2

Objectif: Identifier les représentations du soignant sur la violence

Extrait de l'entretien 1:

Moi: Mmmh c'est sûr, c'est une notion comme vous l'avez dit qui... dont on parle toujours mais qui est compliqué à définir réellement. Est-ce que dans ce prendre soin d'un patient, un jour ça vous est déjà arrivé d'être dans une situation ou dans des situations qui ont bafouées vos valeurs?

IDE: (silence) Franchement je ne sais pas trop... Ici en soins palliatifs je ne pense pas... Sinon quand j'étais en stage pendant ma formation en service de médecine par contre, j'ai vécu une situation oui qui était difficile... Après je ne sais pas, c'était plus par rapport au contexte de soin, où j'ai vu de la

maltraitance soignante, j'ai vu de la violence et ouais pour moi ça a été compliqué, ça bafouait mes valeurs ça c'est sûr.

Moi: D'accord, c'était plus par rapport aux contextes de soin du coup?

IDE: Oui voilà plutôt.

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Oui, tout à fait et du coup à contrario ça vous est déjà arrivé de rencontrer, ou de vous retrouver dans des situations qui ont bafoué vos valeurs, dans le prendre en soin d'un patient?

IDE: Ah oui tout le temps, tous les jours, clairement tous les jours aux urgences. Quand... fin, surtout en ce moment où on a une grosse grosse charge de travail, on ne peut pas malheureusement, fin... nos valeurs sont complètement bafouées, c'est là où c'est un peu difficile surtout en ce moment où on est un peu à bout. Je pense que c'est parce qu'on n'est pas en accord avec nos valeurs, on ne peut pas travailler correctement, on ne peut pas, on fait du mieux qu'on peut, on essaye mais malheureusement il y a forcément des moments où, à plus ou moins grande échelle bien sûr hein, où nos valeurs peuvent être bafouées effectivement ouais. C'est un tout aussi, le contexte, les patients, la charge de travail, ...

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous retrouver dans des situations où vos valeurs ont été bafouées alors que vous prenez soin d'un patient?				
	Ne sait pas, ne pense pas	Oui dans un service	Oui par rapport au contexte	Oui tous les jours
IDE 1	“Franchement je ne sais pas trop... Ici en soins palliatifs je ne pense pas...”	“en service de médecine par contre, j'ai vécu une situation où qui était difficile”	“ par rapport au contexte de soin, où j'ai vu de la maltraitance soignante, j'ai vu de la violence et ouais pour moi ça a été compliqué, ça bafouait mes valeurs ça c'est sûr.”	
IDE 2			“grosse grosse charge de travail” “on ne peut pas travailler correctement”	“Ah oui tout le temps, tous les jours, clairement tous les jours aux urgences”

			“C’est un tout aussi, le contexte, les patients, la charge de travail, ...”	
Total	1	1	2	1

Objectif: Déterminer que signifie la violence pour les soignants

Extrait de l’entretien 1:

Moi: Vous avez évoqué du coup la violence, est-ce que vous pouvez me dire qu’est-ce que c’est selon vous la violence?

IDE: La violence déjà, elle se distingue de l’agressivité, c’est plus fort. Il y a la violence physique, la violence morale et celle psychologique... Sinon je dirais que c’est contraindre quelqu’un sans le consentement, c’est... c’est large comme idée aussi parce que tout peut être violent en soit, le patient envers nous, la situation... le contexte... Voilà...

Extrait de l’entretien 2:

Moi: Mmh je comprends, je vois mmh malheureusement oui. Je vais dévier l’entretien du coup sur la notion de violence, qu’est-ce que ça signifie pour vous?

IDE: (silence) La violence... c’est quand quelqu’un dépasse une certaine limite, qui enfreint les règles et les codes, après ça se différencie de l’agressivité... Fin surtout c’est quelque chose qui peut se manifester différemment, je veux dire surtout qu’il y a différents types de violences comme la violence verbale avec des insultes, physiques avec des coups, psychologique aussi et... puis voilà (rire).

Que signifie pour vous la violence?				
	Différence avec l’agressivité	Différents types de violences	Une contrainte envers quelqu’un	Enfreindre des règles et codes
IDE 1	“elle se distingue de l’agressivité, c’est plus fort”	“violence physique, la violence morale et celle psychologique”	“contraindre quelqu’un sans le consentement,”	
IDE 2	“après ça se différencie de l’agressivité”	“manifester différemment,” “différents types		“quelqu’un dépasse une certaine limite, qui enfreint les

		de violences comme la violence verbale avec des insultes, physiques avec des coups, psychologique aussi et...”		règles et les codes”
Total	2	2	1	1

Objectif: Savoir si la violence est présente dans les services choisis et déterminer quel type de violence prédomine en fonction du service d’exercice

Extrait de l’entretien 1:

Moi: Et est-ce que vous en rencontrez de la violence en soins palliatifs? Si oui, de quels types êtes-vous le plus confronté ici? Physique? Psychologique? Les deux?

IDE: (silence) **Oui**, on peut rencontrer de la violence physique aussi en soins palliatifs où notamment pendant les phases agoniques, à l’approche de la mort les patients peuvent être dans un état d’agitation... où ils ne contrôlent plus alors ils peuvent être violents mais... mais c’est une violence involontaire. Après je pense que dans chaque service, on peut être amenés à soigner des personnes confuses ou avec plus ou moins de démence, et qui peuvent être violents envers nous soignants. Sinon ce qui a de violent, fin je ne sais pas si on peut appeler ça de la violence ou pas, je pense que oui fin je sais pas... Je voulais parler du contexte, le fait d’être confronté à la mort, s’attacher au patient pour l’accompagner vers ses derniers jours, parfois c’est difficile, parfois il y a des décès qui sont plus violents que d’autres et ça oui c’est commun en soins palliatifs, c’est plus psychologique que physique pour le coup.

Extrait de l’entretien 2:

Moi: Vous rencontrez des situations de violence au cours de votre exercice professionnel?

IDE: Des situations de violences, des patients envers nous c’est ça?

Moi: Oui oui que ce soit physique ou psychologique.

IDE: **Ah oui effectivement** c’est toute une globalité, parce que là les urgences sont en grandes souffrances donc nous aussi donc les patients aussi. Il y a beaucoup beaucoup d’agressivité alors, qu’elle soit dû à.. il y a pleins de raisons. Il y a la violence physique, il y a la violence verbale, après heureusement elle est plus souvent verbale que physique fin je ne sais pas si on peut dire heureusement mais, mais en tout cas c’est souvent en parallèle avec la charge de travail et l’activités

qu'on peut avoir, en fonction de l'heure, en fonction du jour, de la nuit... Je sais qu'ici.. je pense que c'est comme partout. Même au-delà de la charge de travail, on a un gros problème avec la prise en charge des patients alcoolisés qui sont un peu... qui sont même parfois très désinhibés donc qui se permettent de nous dire des choses ou de faire des choses qui ne se permettraient jamais de faire ça à jeun clairement et heureusement j'espère! (rire) Il y a l'attente aussi.

Moi: C'est le contexte qui influe aussi? qui majore cette violence aux urgences?

IDE: Oui tout à fait, il y a l'alcool, ça qu'importe la charge de travail malheureusement on y sera toujours confrontés mais on l'accepte différemment en fonction du flux qu'on peut avoir et puis il y a aussi le flux aussi qui fait qu'il y a de l'incompréhension, il y a de la violence plus ou moins grave et puis les patients ne se rendent pas forcément compte fin heureusement. Je ne pense pas qu'ils se rendent pas compte qu'ils sont agressifs ou violents envers nous. Je pense qu'ils ne se rendent pas compte que quand on nous dit "Je ne comprends pas pourquoi j'attends si longtemps! Qu'est-ce que vous faites? Vous n'avancez pas!" Je pense que pour eux ils ne se rendent pas compte que des fois c'est violent pour nous d'entendre ça, je sais par exemple un jour c'est un patient qui m'a dit que j'avais qu'à changer de métier fin ça a été ultra violent, je l'ai très mal pris quoi, parce que ça avançait pas, parce qu'il m'a entendu dire que j'en pouvais plus, après il avait pas à entendre ça hein! Je rentre dans la salle de pause, déjà j'en pouvais plus de la soirée, il y avait beaucoup beaucoup de monde, et le patient me dit que j'avais qu'à changer de métier bah c'est assez violent d'entendre ça quand on a travaillé, c'est la 5e nuits de la semaine et que on a absorbé beaucoup beaucoup de flux, on est fatigués, c'est des choses qui sont un peu difficiles à entendre. Je sais pas, peut-être je m'éloigne encore, je sais pas (rire).

Moi: Non, non, justement je vais rebondir mais est-ce que selon vous vous rencontrez plus de la violence psychologique où c'est dur pour vous la situation, ou plutôt de la violence physique de la part des patients?

IDE: Ah non...

Moi: Fin physique, qu'elle soit verbale ou non verbale du coup.

IDE: De la violence verbale oui beaucoup, violence physique, fin des actes, d'être touché, c'est ça que tu voulais dire?

Moi: En autres oui.

IDE: En fait...

Moi: La violence auquel vous êtes le plus amené si c'est physique ou psychologique fin...

IDE: Je ne sais pas s'il faut le dire... Sans être misogyne, les femmes on est moins confrontées à de la violence physique. Ça arrive, mais c'est rare, c'est rare qu'on nous frappe quand même, que les

hommes eux beaucoup plus souvent. Après ça reste quand même assez rare, fin non c'est pas si rare que ça en fait... Pas du tout même ce n'est pas rare pour mes collègues. Mais les femmes on est quand même rarement... moi par exemple appart... J'ai été poussé plusieurs fois, mais j'ai jamais pris de coups, vraiment de coups, j'ai beaucoup de collègues hommes qui eux se sont déjà tous pris des coups oui. Nous, ça arrive mais c'est quand même plutôt rare.

Moi: Oui, d'accord.

IDE: Après il y a beaucoup de violences verbales, que ce soit des menaces, des insultes, des... beaucoup d'insultes quoi. Et il y a la violence psychologique ici où comme je te disais tout à l'heure, "elle a qu'à changer de métier", c'est pas violent en soit, fin si mais... Ce que je veux dire aussi c'est les gens qui te traitent d'incapables, qui... moi on m'a dit que j'étais bonne qu'à mettre des pansements et que j'avais pas mon mot à dire, alors oui c'est violent à force.

Avez-vous rencontré des situations de violence au cours de votre exercice professionnel?			
	Oui	Dans chaque service, oui	Non
IDE 1	"Oui"	"Après je pense que dans chaque service, on peut être amenés à soigner des personnes confuses ou avec plus ou moins de démence, et qui peuvent être violents envers nous soignants"	
IDE 2	"Ah oui effectivement"		
Total	2	1	0

De quels types de violences êtes-vous le plus amenés à faire face?				
	Physique	Psychologique en lien avec les situations des patients	Psychologique en lien avec le travail	Verbale
IDE 1	"la violence physique aussi en"	"du contexte, le fait d'être"		

	soins palliatifs où notamment pendant les phases agoniques, à l'approche de la mort les patients peuvent être dans un état d'agitation... où ils ne contrôlent plus alors ils peuvent être violents mais... mais c'est une violence involontaire"	confronté à la mort, s'attacher au patient pour l'accompagner vers ses derniers jours, parfois c'est difficile, parfois il y a des décès qui sont plus violents que d'autres et ça oui c'est commun en soins palliatifs, c'est plus psychologique que physique pour le coup"		
IDE 2	<p>"la violence physique"</p> <p>"les femmes on est moins confrontées à de la violence physique. Ça arrive, mais c'est rare, c'est rare qu'on nous frappe quand même, que les hommes eux beaucoup plus souvent."</p> <p>"J'ai été poussé plusieurs fois, mais j'ai jamais pris de coups, vraiment de coups, j'ai beaucoup de collègues hommes qui eux se sont déjà tous pris des coups oui. Nous, ça</p>		<p>"il y a la violence psychologique ici"</p> <p>"la charge de travail"</p> <p>"un gros problème avec la prise en charge des patients alcoolisés"</p> <p>"il y aussi le flux aussi qui fait qu'il y a de l'incompréhension, il y a de la violence plus ou moins grave et puis les patients ne se rendent pas forcément compte finalement"</p> <p>"c'est assez violent"</p>	<p>"la violence verbale, après heureusement elle est plus souvent verbale que physique"</p> <p>"la violence verbale oui beaucoup"</p> <p>"il y a beaucoup de violences verbales, que ce soit des menaces, des... beaucoup d'insultes quoi"</p>

	arrive mais c'est quand même plutôt rare"		d'entendre ça quand on a travaillé, c'est la 5e nuits de la semaine et que on a absorbé beaucoup beaucoup de flux, on est fatigués, c'est des choses qui sont un peu difficiles à entendre."	
Total	2	1	1	1

Objectif: Identifier les émotions ressenties par le soignant au cours de situations violentes

Extrait de l'entretien 1:

Moi: D'accord et qu'est-ce que vous ressentez dans ces situations de violences, qu'elles soient physiques ou psychologiques? Et est-ce que ça vous a déjà déstabilisé au point d'interrompre le soin?

IDE: Alors... ce que je ressens dans les situations difficiles, franchement c'est vraiment dépendant de chaque situation, ça nous affecte plus ou moins notamment en fonction de à quoi elles font écho, si on fait des transferts ou non, ou si on y trouve un lien avec la personne et notre famille ou notre entourage. Et puis, en soins palliatifs, comme je l'ai dit tout à l'heure, on a le temps de créer une vraie relation avec les patients alors des fois on a des liens plus importants avec certains alors oui c'est dur de faire face aux décès, mais ça dépend vraiment des situations. Ça ne nous touche pas toujours et ni toujours de la même façon c'est ça que je veux dire. Mais ouais des fois certaines situations sont dures, on est triste, on est... on est un peu nostalgique aussi.

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Mmh oui, d'accord ok, et qu'est-ce que vous ressentez dans ces situations où autour de cette violence et comment vous arrivez à gérer vos émotions?

IDE: Souvent j'essaye de passer à autre chose, de me dire que voilà ça me passe au dessus, quand c'est des attaques personnelles je veux dire. Je me dis que voilà c'est comme ça, et parfois ça fait mal, parfois les larmes montent parce qu'on est... peut-être que le patient a touché un point sensible à un moment donné, que à un autre moment il nous aurait dit ça fin à un autre moment ça nous aurait rien fait fin voilà l'émotion monte, on ressent de la colère, de la tristesse aussi et souvent il y a les collègues qui prennent le relais en disant là stop faut pas aller trop loin, après d'habitude sur les émotions heureusement 99% du temps je me dis que c'est dommage qu'on en soit arrivé là quand ça va loin. Mais non sinon, ça ne me touche pas tout le temps, malheureusement on est un peu blindée

Que ressentez-vous dans ces situations?					
	Dépend de la situation	Tristesse	Nostalgie	Colère	Dépit
IDE 1	<p>“ vraiment dépendant de chaque situation, ça nous affecte plus ou moins notamment en fonction de à quoi elles font écho, si on fait des transferts ou non, ou si on y trouve un lien avec la personne et notre famille ou notre entourage”</p> <p>“ça dépend vraiment des situations”</p> <p>“Ça ne nous touche pas toujours et ni toujours de la même façon”</p>	<p>“ on est triste”</p>	<p>“on est un peu nostalgique”</p>		
IDE 2	<p>“Mais non sinon, ça ne me touche pas tout le temps, malheureusement on est un peu blindée”</p>	<p>“ parfois ça fait mal, parfois les larmes montent”</p> <p>“de la tristesse aussi”</p>		<p>“ on ressent de la colère”</p>	<p>“ 99% du temps je me dis que c’est dommage qu’on en soit arrivé là quand ça va loin”</p>
Total	2	2	1	1	1

Objectif: Identifier les réactions possibles des soignants face à la violence

Extrait de l'entretien 1:

Moi: Comment réagissez-vous face à cette violence?

IDE: Ce qui est le plus difficile c'est à réagir, c'est à rebondir c'est face aux proches, car... ce sont plus souvent les familles qui verbalisent leur peine suite à la perte de leur proche. Les patients verbalisent hein eux aussi des fois, ça dépend mais c'est vrai que c'est plus souvent les proches qui nous en parlent, ça fait partie du deuil et oui là c'est plus difficile c'est sûr. Après comment je réagis... ça arrive de pleurer, pas face aux patients ou aux familles mais dans la salle de soin. Après ici, on est une équipe assez soudée et notre cadre se montre vraiment présent pour nous et à l'écoute.

Moi: Mmh c'est bien!

IDE: Et je pense que c'est important de verbaliser, surtout en équipe où on sait ce que c'est, ça arrive à chacun d'entre nous d'ailleurs d'avoir un moment où ça nous touche. Faut relativiser aussi, je relativise beaucoup, fin j'essaie.(rire) Ça m'est arrivé où à la maison je pleurais dans les bras de mon copain par contre, suite à un décès qui m'a vraiment touché. (silence). C'était une jeune de 25 ans qui devait se marier avec son compagnon le lundi, ils avaient prévu une lune de miel, une petite cérémonie, et malheureusement elle est décédée le dimanche. Alors oui c'est dur parce qu'on se dit qu'elle avait toute sa vie devant elle, elle avait pleins de choses encore à vivre et la maladie l'a eue avant. C'est dur parce que... bah elle avait pratiquement mon âge, ou l'âge de mes cousines fin... Ça peut être nous et ouais j'ai peut-être transféré et du coup c'était compliqué c'est sûr... Mais après voilà c'est un bon coup de mou et après ça va!

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Mmh je vois,, et comment vous réagissez vous face à cette violence qui est quand même omniprésente du coup aux urgences?

IDE: Bah clairement ça dépend vraiment des moments, c'est... Comme je le disais ça dépend vraiment si... Dans le contexte où on est, ça dépend si on est en fin de nuit, ça dépend si c'est la première ou la cinquième nuit de la semaine, ça va être complètement différent. Après des fois j'arrive à, quand tout va bien j'arrive à redescendre, c'est-à-dire que je parle plus doucement que le patient fin c'est ce que je fais la plupart du temps d'ailleurs, ce que je fais je baisse la voix quand la voix monte du patient quand il nous crie dessus, je baisse la voix pour que ça redescende, pour que la tension redescende, ça ça marche très bien en principe. Après quand c'est des insultes j'essaie de pas, fin je réponds pas je m'en vais, j'ai pas envie de... fin quand je sens que ça me touche vraiment, je pars fin, que plutôt de répondre quand c'est trop profond pour nous faut mieux des fois, fin moi en tout cas je pars. Et voilà après la plupart du temps, heureusement j'arrive à apaiser les tensions. Des fois par contre ça peut aller très loin, la violence est trop trop forte, fin envers nous ou les collègues, on a aux urgences ce qu'on appelle les PTI. On appuie sur un bouton et tout le monde, tout le monde vient et maîtrise le patient, on doit le contentionner quand c'est trop, ou on le fait sortir des urgences ça dépend. Malheureusement

des fois, fin on en arrive assez régulièrement à ça, quand la violence est trop forte envers nous ou envers lui-même des fois, car il y en a qui ont des gestes auto agressifs.

Comment réagissez-vous face à cette violence?						
	Pleurer	Verbaliser	Relativiser	Ca dépend des situations	Redescendre, parler plus bas, calmer les tensions	Partir, fuir
IDE 1	<p>“ça arrive de pleurer, pas face aux patients ou aux familles mais dans la salle de soin”</p> <p>“je pleurais dans les bras de mon copain par contre, suite à un décès qui m’a vraiment touché. (silence)”</p>	<p>“c’est important de verbaliser, surtout en équipe où on sait ce que c’est, ça arrive à chacun d’entre nous d’ailleurs d’avoir un moment où ça nous touche”</p>	<p>“Faut relativiser aussi, je relativise beaucoup, fin j’essaye.(rire)”</p>			
IDE 2				<p>“ça dépend vraiment des moments, c’est... Comme je le disais ça dépend vraiment si... Dans le contexte où on est, ça dépend si on est en</p>	<p>“j’arrive à redescendre, c’est-à-dire que je parle plus doucement que le patient fin c’est ce que je fais la plupart du temps d’ailleurs,</p>	<p>“quand c’est des insultes j’essaye de pas, fin je réponds pas je m’en vais, j’ai pas envie de... fin quand je sens que ça me touche vraiment, je</p>

				fin de nuit, ça dépend si c'est la première ou la cinquième nuit de la semaine, ça va être complètement différent."	ce que je fais je baisse la voix quand la voix monte du patient quand il nous crie dessus, je baisse la voix pour que ça redescende, pour que la tension redescende, ça ça marche très bien en principe"	pars fin, que plutôt de répondre quand c'est trop profond pour nous faut mieux des fois, fin moi en tout cas je pars"
Total	1	1	1	1	1	1

Objectif: Déterminer les clefs pour gérer ses émotions en fonction de l'infirmière

Extrait de l'entretien 1:

Moi: Qu'est-ce qui vous aide à gérer ses émotions là suite à ces situations qui... qui touchent effectivement?

IDE: Ça revient à ce que je te disais tout à l'heure, faut en parler, faut relativiser aussi. Après, toutes les situations ne sont pas dures en soi, ça dépend. C'est plus compliqué de faire face à des décès, notamment chez des personnes jeunes que chez une petite mamie de 90 ans qui a bien vécu et qui est fatiguée. Après c'est cette violence des situations qu'on a consenti en quelque sorte en venant travailler en soins palliatifs. On le sait en venant travailler ici même si par moment c'est compliqué faut pas le cacher. Et puis je suis tellement fière de faire ce métier, de contribuer au bien-être et au confort de quelqu'un, de me sentir utile, de porter de l'aide et de porter ma pierre à l'édifice que finalement ces points positifs passent bien au-dessus les situations tristes. C'est comme une balance, malgré la situation qui est difficile, je me rappelle que le métier est incroyable et que les liens humains restent plus importants. Ça m'aide ça en effet.

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Oui souvent ça vous aide à gérer vos émotions, ce blindage que vous avez construit du coup? Qu'est-ce qui vous aide justement à... gérer vos émotions? Quels sont les outils?

IDE: Oui tout à fait, voilà, à un moment on se dit qu'on doit protéger notre personne à nous, fin c'est pas moi qu'on attaque c'est le système, c'est les urgences, c'est ... fin c'est personne fin... Voilà après on arrive à prendre du recul, c'est pas nous. Après comme je disais ça dépend vraiment de comment on est nous, fin notre état de vulnérabilité, parfois ça blesse. Je prends encore cet exemple de "elle a qu'à changer de métier" il a été violent la dernière fois, les paroles en soient n'étaient pas méchantes mais à cette période de ma vie, c'était... Fallait pas me dire ça. C'était pas spécialement méchant, j'en ai vu d'autres mais ça touche, des fois ça touche alors qu'on me dirait ça aujourd'hui beaucoup moins.

Qu'est-ce qui selon vous, vous aide à gérer vos émotions?					
	Parler	Relativiser, prendre du recul	Se rappeler les choses positives du métier	Se dire que cette violence ne nous ait pas destiné	Ca dépend
IDE 1	"faut en parler"	"faut relativiser aussi"	"C'est comme une balance, malgré la situation qui est difficile, je me rappelle que le métier est incroyable et que les liens humains restent plus importants. Ça m'aide ça en effet"		"Après, toutes les situations ne sont pas dures en soi, ça dépend"
IDE 2		"prendre du recul"		"on se dit qu'on doit protéger notre personne à nous, fin c'est pas moi qu'on attaque c'est le système, c'est les urgences"	"ça dépend vraiment de comment on est nous, fin notre état de vulnérabilité, parfois ça blesse"
Total	1	2	1	1	2

Objectif: Identifier les représentations sur la notion d'expérience

Extrait de l'entretien 1:

Moi: On va aborder du coup si vous voulez bien la notion d'expérience, qu'est-ce que ça signifie être une infirmière expérimentée pour vous? Quelles sont les critères pour dire qu'une infirmière est expérimentée?

IDE: Je dirais que... Pour être une infirmière expérimentée, faut avoir des années d'expériences, des années de diplômes, c'est quelqu'un qui a plus de compétences et de connaissances. Surtout c'est quelqu'un qui est... qui est fort sur l'appréhension de l'humain, fin qui sait comment appréhender l'autre, qui sait bien s'adapter à l'autre. Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis... Après sinon, c'est quelqu'un oui qui est diplômé depuis un moment, il y a la notion de temps et quelqu'un aussi qui est formé, qui a suivi des formations, qui... Voilà.

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Et du coup je vais vous demander, pour vous, qu'est-ce que ça signifie une infirmière expérimentée? Quelles sont un peu les critères pour dire qu'on est expérimenté?

IDE: Qu'est-ce qu'une infirmière expérimentée c'est une infirmière qui a vieilli, qui a de l'âge dans sa culture, dans sa vie, qui est mature dans sa vie, qui a vécu des expériences personnelles qui peuvent apporter dans le soin. Il y a aussi surtout les années d'expérience dans le soin, qui font que, on a vu beaucoup beaucoup de patients dans sa carrière dans sa vie, on a eu beaucoup d'expériences différentes, beaucoup de situations différentes et qui peuvent aussi... qui ont une capacité d'adaptabilité qui est beaucoup plus facile qu'au début de sa carrière. Après c'est pas forcément plus facile, de travailler, fin je ne sais pas comment expliquer mais ce n'est pas plus facile avec les années, c'est ça, au contraire.

Selon vous, que signifie être infirmière expérimentée? Quels sont les critères?				
	Avoir des années dans le métier	Avoir plus de connaissances, de compétences, de formations	Avoir des capacités plus développées (adaptabilité, appréhension,...)	Âge de l'infirmière
IDE 1	“avoir des années d'expériences, des années de diplômes” “qui est diplômé depuis un moment, il y a la notion de temps”	“quelqu'un qui a plus de compétences et de connaissances” “quelqu'un aussi qui est formé, qui a suivi des formations”	“fort sur l'appréhension de l'humain, fin qui sait comment appréhender l'autre, qui sait bien s'adapter à l'autre”	

IDE 2	“les années d’expérience dans le soin”		“une capacité d’adaptabilité qui est beaucoup plus facile qu’au début de sa carrière”	“infirmière qui a vieilli, qui a de l’âge dans sa culture, dans sa vie, qui est mature dans sa vie, qui a vécu des expériences personnelles qui peuvent apporter dans le soin”
Total	2	1	2	1

Objectif: Identifier si l’expérience permet de mieux appréhender les situations violentes

Extrait de l’entretien 1:

Moi: (rire) Très bien, et justement est-ce que vous pensez que cette expérience facilite la prise en soin d’un patient sur une situation vécue comme violence?

IDE: Ça peut, mais pas forcément je pense.

Extrait de l’entretien 2:

Moi: D’accord, vous rejoignez du coup ma prochaine question, est-ce que vous pensez que l’expérience facilite la prise en charge d’un patient dans une situation vécue comme violente?

IDE: Ah très bonne question! (rire) Il peut avoir... Être expérimenté je ne pense pas que ce soit plus facile, avec les années c’est pas forcément plus facile dans notre métier je trouve. Alors oui par contre, dans des situations de violence oui. Effectivement oui! Par rapport à une jeune diplômée, avec l’expérience on appréhende beaucoup mieux une situation de violence, on sait beaucoup plus facilement la gérer, on sait beaucoup plus facilement prendre du recul aussi et se protéger, protéger les collègues et protéger le patient. On sait comment ça se passe, alors qu’au début on peut avoir peur, fin moi j’ai plus peur, du moins j’ai moins peur des situations violentes clairement et heureusement.

Moi: Mmh je vois.

IDE: Et puis aussi au début, des fois quand on est plus jeunes on est un peu plus “chien fou” j’ai envie de te dire, on est un peu plus, fin on va un peu plus dedans pour le coup que quand on a un peu plus d’expérience où on prend du recul. Il y a les deux versants je pense quand on n’a pas beaucoup d’expérience, on a le côté un peu en retrait où on a peur et il y a le côté inverse où on les voit, ils sont très rentre dedans et ce n’est pas forcément la bonne solution. (rire)

Pensez-vous que l'expérience facilite la prise en charge d'un patient pour répondre à une situation vécue comme violente?			
	Pas forcément	Oui	Non
IDE 1	“Ça peut, mais pas forcément je pense.”		
IDE 2	“Être expérimenté je ne pense pas que ce soit plus facile, avec les années c'est pas forcément plus facile dans notre métier je trouve”	<p>“Alors oui par contre, dans des situations de violence oui. Effectivement oui!”</p> <p>“on appréhende beaucoup mieux une situation de violence, on sait beaucoup plus facilement la gérer, on sait beaucoup plus facilement prendre du recul aussi et se protéger, protéger les collègues et protéger le patient”</p> <p>“que quand on a un peu plus d'expérience où on prend du recul”</p> <p>“quand on n'a pas beaucoup d'expérience, on a le côté un peu en retrait où on a peur et il y a le côté inverse où on les voit, ils sont très rentre dedans et ce n'est pas forcément la bonne solution”</p>	
Total	2	1	0

Objectif: Déterminer si les infirmières s'estiment expérimenter en fonction de leur âge et de leur parcours

Extrait de l'entretien 1:

Moi: Et considérez-vous que vous êtes expérimentés face à ces situations difficiles rencontrées?

IDE: (rire) Oula non, j'ai encore beaucoup à apprendre, j'ai encore beaucoup de choses que j'ai développé certes mais que je dois continuer à peaufiner. Après peut-être que j'ai vécu plus de décès et que je sais plus au moins réagir en étant en soins palliatifs qu'un service lambda, mais c'est différent, je ne me considère pas du tout comme expérimentée pour autant parce que chaque situation est différente et chaque histoire de vie est différente. Après c'est vrai que quand j'ai commencé en soins palliatifs, c'était en stage du coup, bah... Ca m'est arrivé de faire des cauchemars en lien avec les patients, avec la mort etc et c'est passé, maintenant je n'en fais plus, donc peut-être que ouais avec le temps c'est passé, je sais pas... Peut-être que ça joue oui, peut-être que je le suis plus que quelqu'un d'un autre service lambda comme je disais.

Extrait de l'entretien 2:

Moi: Et du coup, vous, vous considérez expérimentée face à des situations que vous rencontrez ?

IDE: De violence?

Moi: Oui de violence.

IDE: Oui oui je pense, oui complètement, après oui je suis expérimentée malheureusement (rire). Après, mes réactions peuvent quand même différer malgré mon expérience, c'est ça que j'essaye de dire depuis le début en fait. C'est que la plupart du temps on réagit toujours de la même façon, assez neutre, fin on fait tout le temps la même chose, on a un protocole on est habituée à gérer certaines situations, avec ces situations comme à descendre la voix comme je disais, aussi avec les PTI, comment faire pour, quand une situation devient critique. Malheureusement ça dépend aussi beaucoup du contexte, mais oui l'âge, fin mon expérience aux urgences fait que je réagis complètement différemment qu'il y a quelques années, donc oui pour moi je suis expérimentée on peut dire (rire).

Considérez-vous que vous êtes expérimentés face à ces situations difficiles rencontrées?			
	Non	Peut-être que oui en fonction du service	Oui
IDE 1	“Oula non, j'ai encore beaucoup à apprendre, j'ai encore beaucoup de choses que j'ai développé certes mais que je dois continuer à peaufiner” “je ne me considère pas du tout comme	“Après peut-être que j'ai vécu plus de décès et que je sais plus au moins réagir en étant en soins palliatifs qu'un service lambda” “Peut-être que ça joue oui, peut-être que je le suis plus que	

	expérimentée pour autant parce que chaque situation est différente et chaque histoire de vie est différente”	quelqu’un d’un autre service lambda comme je disais.”	
IDE 2			<p>“Oui oui je pense, oui complètement, après oui je suis expérimentée malheureusement”</p> <p>“Malheureusement ça dépend aussi beaucoup du contexte, mais oui l’âge, fin mon expérience aux urgences fait que je réagis complètement différemment qu’il y a quelques années, donc oui pour moi je suis expérimentée on peut dire (rire).”</p>
Total	1	1	1

Objectif: Évaluer l’impact de ces notions abordées sur le quotidien d’une infirmière

Extrait de l’entretien 1:

Moi: Je vois, d’accord... Sinon, est-ce que suite à ces situations de violences rencontrées, est-ce que vous avez déjà pensé à changer de métier? Si non, qu’est-ce qui vous pousse à rester infirmière en soins palliatifs?

IDE: Alors non je n’ai pas pensé à changer de voie pour le moment car là j’ai trouvé vraiment un service qui me correspond où je m’épanouis et je suis contente d’exercer ce métier.

Extrait de l’entretien 2:

Moi: Mmmh ok et est-ce qu’un jour vous avez déjà pensé à changer de métier suite à ces situations de violences rencontrées?

(silence)

IDE: Non pas spécialement à cause de ces situations de violence. Non pas à cause de cette violence, franchement ça serait pas ça qui me ferait changer de métier. Ce serait tous les alentours, fin ce qui ... fin non non, j'ai pas envie de changer de métier mais ce qui pourrait ce serait plus voilà tout le contexte, le flux, la violence aussi hein mais ce serait plus un ensemble qui ferait que.

Moi: Ce n'est pas...

IDE: C'est pas la violence en elle-même, après c'est sûr qu'elle est fatigante, elle est très fatigante, et ça joue peut-être, notamment on n'a pas une grande carrière aux urgences. Mais oui la violence est fatigante mais elle est pas... déterminante parce qu'on a des clés pour la gérer. Mais sur du long terme c'est possible que ça, c'est plus... fin elle est usante, on aimerait que ça se passe autrement.

Avez-vous un jour pensé à changer de métier suite à des situations de violence rencontrées?				
	Oui	Non	Hésitation, se questionne	Ca pourrait à cause de plusieurs choses dont la violence
IDE 1		“Alors non je n'ai pas pensé à changer de voie pour le moment”		
IDE 2		“Non pas spécialement à cause de ces situations de violence. Non pas à cause de cette violence, franchement ça serait pas ça qui me ferait changer de métier”	(silence)	“ce qui pourrait ce serait plus voilà tout le contexte, le flux, la violence aussi hein mais ce serait plus un ensemble qui ferait que.” “ C'est pas la violence en elle-même, après c'est sûr qu'elle est fatigante, elle est très fatigante, et ça joue peut-être, notamment on n'a pas une grande carrière aux urgences.”
Total	0	2	1	1

Annexe IV: Abstract

NOM : FLAUX PRÉNOM : Clémence
TITRE DU MÉMOIRE : L'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière au regard d'une situation de violence
<p>As part of my third year of nursing training, I have to do an introductory research project. I decided to work on the impact of the professional experience on the nurse's emotional management in the context of violence. During many internships, I was confronted with different types of violence so I questioned myself about this subject. Following two situations, I elaborated a starting question for this work: In a context of violence, in what way does the professional experience participate in the management of the emotions felt by the nurse during the care of a patient?</p> <p>I conducted two semi-directive interviews with two nurses, one practicing in palliative care and the other practicing in the emergency room. I chose to interview two different profiles in terms of seniority and place of practice. I was able to compare theory and the reality of the field. I noticed disparities such as the type of violence encountered in each department and their reactions to it. My discussion is about the limits of acceptance of violence that the nurse can set for herself. Indeed, the limits on the acts of violence that the nurse can endorse</p>
<p>Dans le cadre de ma troisième année en formation de soins infirmiers, je dois réaliser un travail d'initiation à la recherche. J'ai décidé de travailler sur l'impact de l'expérience professionnelle sur la gestion des émotions de l'infirmière dans un contexte de violence. Durant de nombreux stages, j'ai pu être confronté à différents types de violences alors je me suis questionnée sur ce sujet. Suite à deux situations, j'ai élaboré une question de départ à ce travail: Dans un contexte de violence, en quoi l'expérience professionnelle participe-t-elle à la gestion des émotions ressenties par l'infirmière lors de la prise en soin d'un patient ?</p> <p>J'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières, une exerçant en soins palliatifs et l'autre exerçant aux urgences. J'ai choisi d'interroger deux profils différents de part l'ancienneté et de part le lieu d'exercice. J'ai pu comparer la théorie et la réalité du terrain. J'ai constaté des disparités comme par exemple le type de violence rencontré dans chaque service et leurs réactions face à cela. Ma discussion porte sur les limites d'acceptation de violence que l'infirmière peut se donner. En effet, les limites sur les gestes de violence que l'infirmière peut cautionner.</p>
KEYS WORDS : care; violence; emotion; experience; nurse
MOTS CLÉS : prendre soin; violence; émotion; expérience; infirmière
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020-2023