



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La gestion des émotions chez les soignants

Formateur référent mémoire :
AUGER-DUCLOS Kélig

LE ROUX Maurine
Formation infirmière
Promotion 2020 – 2023

Le 2 mai 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : *La gestion des émotions chez les soignants*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de
l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la
traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou
un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études,
réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est
uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail
personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une
partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les
sources bibliographiques.***

Le 02 mai 2023

Identité et signature de l'étudiant : LE ROUX Maurine

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 d'abord à remercier l'équipe pédagogique de mon Institut de Formation en Soins Infirmiers, et notamment Gaël Robin pour son accompagnement, son soutien et sa bienveillance pendant ces trois années, ainsi que Kélig Auger-Duclos qui m'a accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens ensuite à remercier toutes les personnes rencontrées au cours de mes stages, soignants ou non, qui m'ont permis de grandir professionnellement et de faire de moi la soignante que je suis aujourd'hui.

Merci aux infirmiers que j'ai interrogés pour ce travail de recherche, pour le temps accordé et la richesse de nos échanges.

Je remercie également mes collègues et amies de promotion, Juliette et Lalirose, pour le soutien et l'entraide dans la rédaction de ce mémoire, mais également tout au long de ces trois années. Merci pour ces moments de joie, de rire, mais également le soutien lors des moments difficiles.

Pour finir, je remercie mes parents, ma famille, mes proches et mon compagnon pour leur aide, leurs conseils, leur soutien. Merci d'avoir été présents durant ces trois années.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Cheminement vers la question de départ	1
2.1. Présentation des situations d'appel	1
2.1.1. Première situation	1
2.1.2. Deuxième situation	3
2.2. Questionnements	4
3. Le cadre théorique	5
3.1. Le prendre soin	5
3.1.1. Le concept de « prendre soin » ou « caring »	5
3.1.2. L'art soignant du singulier	5
3.2. Les émotions	6
3.2.1. Qu'est-ce qu'une émotion ?	6
3.2.2. Les différents rôles des émotions	7
3.2.3. Les éléments déclencheurs des émotions.....	8
3.3. Soignants et émotions.....	8
3.3.1. L'intelligence émotionnelle.....	9
3.3.2. La juste distance	10
3.3.3. La gestion des émotions : les cacher ou les exprimer ?	11
3.3.4. Le stress	12
4. L'exploration empirique	13
4.1. Méthodologie	13
4.2. Analyse des entretiens	14
4.2.1. Profil des infirmiers interrogés	14
4.2.2. Représentations du prendre soin	15
4.2.3. Les éléments déclencheurs d'émotions chez les soignants	15
4.2.4. Les émotions fréquemment ressenties par les soignants	15
4.2.5. Le rôle des émotions dans la prise en soin selon les soignants	16
4.2.6. La gestion des émotions	16
4.2.7. Cacher ou exprimer ses émotions ?	17
4.2.8. Influence de la juste distance sur la prise en soin et les émotions	17

5. La discussion	18
5.1. Les émotions du soignant au service du prendre soin	18
5.2. Quand l'émotion prend trop de place dans le prendre soin	19
5.3. La gestion des émotions : une aptitude nécessaire aux soignant	21
6. Conclusion	23

Bibliographie	25
----------------------------	----

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien IDE 1 (réanimation)

Annexe III : Retranscription entretien IDE 2 (SMUR)

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

Abstract

Siglier et glossaire

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'État

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

Thérapie EMDR : Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocessingthérapie. Thérapie se situant entre l'hypnose et la thérapie cognitivo-comportementale, basée sur la simulation sensorielle, notamment utilisée en cas de stress post-traumatique

« *Une vie sans émotion est une vie perdue* »

Roger Fournier (1965), *A Nous Deux*

1. Introduction

Dans le cadre de mes études d'infirmière, je réalise ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers dans le but de valider les unités d'enseignements 3.4, 5.6 et 6.2 du semestre 6 et ainsi de finaliser ces trois années de formation.

Les émotions sont partout. En tant que future Infirmière Diplômée d'État, j'ai déjà été amenée à vivre des situations émotionnelles fortes et je le serai encore tout au long de ma carrière, peu importe mon lieu d'exercice. C'est pourquoi j'ai choisi de travailler sur les émotions et leur gestion chez les soignants. En effet, les émotions, et notamment leur expression, sont souvent perçues négativement, comme un signe de faiblesse chez un soignant. Dans les services de soins, on entend souvent que les étudiants et jeunes professionnels doivent « se blinder » face à ses émotions, afin de ne pas souffrir psychologiquement. Cependant, selon moi, « se blinder » complètement face aux émotions, les occulter, ne peut être bénéfique pour la prise en soin. Un soignant est avant tout un humain, et il est totalement humain de ressentir des émotions dans certaines circonstances.

A travers ce travail, je vais donc explorer les émotions et leur rôle dans la prise en soin afin de pouvoir mieux comprendre et maîtriser les émotions que je serai amenée à ressentir à l'avenir. Afin de faire émerger une question de départ, je me questionnerai à partir de situations vécues en stage et lors d'un remplacement aide-soignant. Dans un second temps, grâce aux lectures de différents auteurs, je détaillerai les concepts clés de ma question de départ : le prendre soin, les émotions, l'intelligence émotionnelle, la juste distance, le stress, la gestion des émotions. Ensuite, j'établirai un guide d'entretien afin de questionner des infirmiers confrontés aux émotions dans leur exercice, puis j'analyserai ces entretiens. Pour finir, je confronterai les données théoriques et les données obtenues grâce à l'analyse des entretiens, ainsi que mon positionnement en tant que future professionnelle. Cette dernière partie permettra de donner des éléments de réponse à ma question de départ, et éventuellement de susciter d'autres interrogations qui déboucheront sur une question de recherche.

2. Cheminement vers la question de départ

Afin de situer le contexte de ma réflexion, je vais vous présenter deux situations d'appel.

2.1. Présentation des situations d'appel

2.1.1. Première situation

Cette situation se déroule au sein d'un service de maladies infectieuses, lors de mon stage de semestre 3. Ce service accueille des patients de tous les âges, avec des situations sociales et des origines diverses. Il est divisé en 3 secteurs. La situation que je vais vous résumer a suscité beaucoup d'émotions différentes chez moi. C'est ma 6^{ème} semaine de stage dans le service et j'entame une série de 2 nuits, une première expérience pour moi. En effet, je n'ai jamais été affectée à des horaires de nuit auparavant. Je me rends donc dans mon service à 21h avec une certaine appréhension : travailler avec une équipe que je ne connais pas, découvrir une nouvelle organisation, la crainte de devoir lutter contre le sommeil,

d'une perte de concentration due à la fatigue... L'équipe de nuit se compose de 3 infirmiers (1 par secteur) ainsi que d'une aide-soignante affectée sur les 3 secteurs à la fois. Après avoir pris les transmissions avec l'équipe du soir, nous commençons notre premier tour de soins de la nuit, aux alentours de 22h : prise de constantes, changement de seringues électriques, de poches de perfusion, distribution de somnifères...

Après ces premiers soins, l'équipe fait une pause vers 0h pour boire un café et discuter. L'infirmier du secteur voisin explique que l'état d'un de ses patients, M. S, 70 ans, se dégrade sur le plan respiratoire. C'est un patient qui a d'abord été hospitalisé en service de réanimation pour une grave pneumopathie ; il a ensuite été transféré dans le service des maladies infectieuses car son état de santé s'était amélioré. Cependant, cette nuit-là, M. S est très dyspnéique et sa saturation en oxygène est instable, selon les propos de l'infirmier du secteur.

La nuit continue. Chaque infirmier fait un nouveau tour de surveillance et de soins dans son secteur, avant de rejoindre ses collègues dans la salle de soin pour préparer tous les soins du lendemain. M. S est monitoré, nous pouvons donc surveiller ses constantes depuis le bureau infirmier. L'infirmier du secteur retourne régulièrement le voir. Voyant que l'état de M. S continue de se dégrader, il décide d'appeler l'interne de garde. Cette dernière examine M. S et décide de contacter la réanimation, afin de savoir s'il est possible de le transférer. En effet, M. S est devenu inconscient, ne réagit plus aux stimulations orales, tactiles et sa saturation en oxygène est en chute libre, malgré la mise en place d'un masque à haute pression. Pendant que l'interne joint au téléphone la réanimation, l'infirmier sort rapidement de la chambre et nous demande d'apporter le chariot d'urgence : M. S est en arrêt cardiaque. N'ayant jamais vécu ce genre de situation, je sens l'adrénaline monter. J'accompagne donc l'équipe dans la chambre où la réanimation cardio-respiratoire commence. Le patient est intubé, ventilé, le défibrillateur est mis en place, les compressions thoraciques débutent. Tout va très vite. Je me mets donc dans un coin et j'observe. Je me sens impuissante et désemparée. Une des infirmières me demande si je veux essayer de faire des compressions thoraciques, ce que j'accepte. Lorsque j'effectue les compressions thoraciques, j'essaie d'oublier ce qu'il se passe autour de moi pour me concentrer sur mes gestes ; oublier que le corps qui se trouve sous mes mains appartient à une personne qui a probablement une famille, des proches qui attendent son retour à la maison ; une personne comme moi, qui a encore de la vie devant elle. J'essaie également de faire abstraction des bruits que dégage ce corps inerte à chaque fois que mes mains enfonce sa cage thoracique.

Après quelques minutes de réanimation cardio-respiratoire, le médecin détecte de nouveau un pouls et nous demande d'arrêter les compressions. Cependant, la saturation en oxygène reste très basse et le patient repasse en arrêt cardio-respiratoire. Nous reprenons la réanimation. Au bout de 30 minutes de réanimation, le médecin nous demande d'arrêter et déclare le décès de M. S. Je me sens impuissante devant cette situation, je me sens coupable de ne pas avoir pu le réanimer. A 5h du matin, après la déclaration du décès, l'infirmier téléphone à l'épouse de M. S, afin de l'informer du décès de son mari. Il lui demande si elle souhaite venir le voir maintenant, pendant qu'il est encore dans la chambre du

service, ce qu'elle accepte. Elle dit qu'elle sera là d'ici une petite heure, accompagnée de ses 2 enfants. Nous nous dépêchons donc de remettre la chambre en ordre, de faire la toilette mortuaire afin que M. S soit présentable pour sa famille. Je me revois encore en train de regrouper les affaires de M. S dans la chambre : une montre, un téléphone portable... C'est à ce moment que je sens que j'ai besoin de craquer: je m'éclipse discrètement dans les toilettes et me mets à pleurer. Je repense à cette montre, à ce téléphone qui me prouvent que M. S était bien vivant, que M. S avait une vie tout à fait normale avant l'hospitalisation, qu'il avait des proches qui l'appelaient sur ce téléphone, que sa montre lui avait peut-être été offerte par sa femme ou ses enfants. Je me dis également que ça aurait très bien pu être mon père ou mon grand-père. Je m'imagine à la place de la famille, décrochant le téléphone en pleine nuit pour apprendre qu'un proche est décédé et venir le voir juste après le décès. En rentrant chez moi, je suis toujours perturbée et attristée par le décès brutal de M. S.

2.1.2. Deuxième situation

Lors des vacances d'été précédant ma 3^{ème} année à l'IFSI, j'ai effectué un remplacement aide-soignant dans un service de médecine post-urgence (MPU) pendant 7 semaines. Ce service accueille les patients hospitalisés via les urgences : il reçoit donc des patients de tous les âges et atteints de pathologies diverses.

Au cours de ce remplacement, j'ai vécu une situation qui a entraîné beaucoup d'émotions chez moi. M. G, un patient de 66 ans, est arrivé dans le service pour des dorsalgies intenses. M. G a passé un scanner qui a révélé une sténose lombaire, c'est-à-dire un rétrécissement du canal rachidien dans le bas du dos. La situation se déroule un dimanche, à J5 de l'hospitalisation de M. G, pour qui la situation ne s'améliore pas : lorsque je viens le voir pour l'aider à s'installer dans son fauteuil, il me dit qu'en plus des dorsalgies, il a beaucoup de mal à se lever et à se mobiliser et il dit ne plus avoir de force dans les jambes. Je ne parviens pas à l'aider à se mettre debout : à chaque essai, ses jambes ne tiennent pas et il retombe assis au bord du lit. Je vais donc en parler à l'infirmière qui prévient le médecin de garde. Après l'avoir examiné, elle prescrit une IRM en urgence, qui a malheureusement révélé plusieurs métastases osseuses au niveau des vertèbres. L'infirmière me met au courant du résultat de l'IRM pendant que le médecin de garde l'annonce au patient. Sur le coup, je suis un peu choquée, car je ne m'y attendais pas du tout. Cela me rend triste, car c'est un patient que j'apprécie, avec qui j'ai pu beaucoup discuter. J'essayais de faire tout mon possible pour soulager au mieux ses douleurs et le fait d'apprendre qu'elles provenaient de métastases me fait de la peine. Avant de connaître les résultats de l'IRM, je pensais simplement que c'était un mauvais passage pour lui, mais que cela pourrait se résoudre facilement avec le bon traitement et que tout rentrerait dans l'ordre pour lui. Mais je me suis rendue compte que ça ne serait pas aussi facile que ça pour M. G, et cela était dur à accepter. Je me sentais inutile, car ce que je faisais pour soulager ses douleurs ne résoudrait certainement pas le problème qui se cachait derrière. Le médecin organise son transfert dans le service de neurochirurgie d'un hôpital situé à 1h de route, afin qu'il soit opéré pour soulager sa douleur.

Par la suite, je retourne dans la chambre du patient. Sa femme est assise à ses côtés. M. G, le visage fermé, me regarde et me dit « j'ai appris la nouvelle ». Sa femme ajoute « ce n'est pas une bonne nouvelle », avant de fondre en larmes. A ce moment-là, je ne sais pas quoi répondre, je me sens impuissante, inutile. J'aimerais pouvoir les rassurer, leur dire que ça va aller et que tout se passera bien, mais je ne peux pas. Je reste donc muette, je les regarde, je les écoute. L'infirmière arrive dans la chambre pour faire le bilan sanguin pré-opératoire demandé par le médecin. Elle leur dit qu'il faut prendre le temps de digérer la nouvelle, mais qu'au moins la cause des douleurs de M. G a pu être identifiée et qu'ils allaient pouvoir avancer et traiter cette cause. Pendant ce temps, je rassemble les affaires personnelles de M. G pour qu'il soit prêt à partir. M. et Mme G continuent de parler avec l'infirmière : ils se demandent comment ils vont l'annoncer à leurs 3 enfants. Mme G ajoute « En plus, dans 2 jours, c'est l'anniversaire de notre petite fille, son petit bouton d'or comme il l'appelle. Elle va avoir 10 ans ». A ce moment-là, j'imagine M G heureux, entouré de ses enfants, de ses petits-enfants et je me sens triste pour lui.

Un moment plus tard, les ambulanciers arrivent pour emmener M. G. Je les accompagne. Il est toujours en compagnie de sa femme qui ne peut pas l'escorter dans l'hôpital où il est transféré. Les ambulanciers transfèrent M.G du lit au brancard, puis sortent le brancard dans le couloir. M. G pleure et dit au revoir à sa femme. A ce moment-là, je retiens quelques larmes car le moment est émouvant. Puis je vais dire au revoir à M. G qui me remercie pour ma gentillesse. Je lui pose une main sur l'épaule et je lui souhaite bon courage. Il me pose également une main sur l'épaule, en pleurant. Je ne parviens pas à retenir mes larmes. Puis les ambulanciers l'emmènent hors du service, accompagné de sa femme. Le soir, lorsque je rentre chez moi après ma journée, je repense à M. G. Je l'imagine seul, dans sa chambre d'hôpital, loin de ses proches, complètement démuni, en train d'essayer de digérer la lourde annonce qui vient de lui être faite. Toutes ces pensées me rendent triste.

2.2. Questionnements

- Comment prendre du recul face à une situation qui nous touche ?
- En quoi est-ce difficile de maîtriser ses émotions devant les patients et la famille ?
- Quelle place ont les émotions au sein de la relation soignant-soigné ?
- Est-il possible de gérer ses émotions ?
- En quoi certaines situations peuvent déclencher de l'émotion et de la tristesse ?
- Quels sont les mécanismes de défense mis en place par les soignants pour faire face à des situations difficiles et inattendues ?
- Quels sont les outils mis en place dans les services permettant la gestion des émotions des soignants ?
- Est-ce que le fait d'être touchée émotionnellement fait de moi une mauvaise soignante ?

Ces questionnements m'ont permis de constituer une question de départ pour mes recherches :

En quoi les émotions des soignants impactent-elles la prise en soin ?

A travers cette question, je souhaite mieux connaître et comprendre le mécanisme des émotions et l'impact qu'elles peuvent avoir sur la prise en soin. Je veux également comprendre comment et dans quelle mesure les professionnels d'aujourd'hui gèrent leurs émotions au quotidien. A travers ce travail de fin d'études, j'espère obtenir des connaissances qui me permettront d'améliorer ma future pratique professionnelle.

3. Le cadre théorique

3.1. Le prendre soin

Il me semble important d'aborder la notion de prendre soin, puisqu'elle fait partie de ma question de départ. En effet, pour comprendre en quoi les émotions peuvent impacter la prise en soin, il nous faut d'abord savoir ce qui signifie « prendre soin ».

3.1.1. Le concept de « prendre soin » ou « caring »

Le concept du « prendre soin » provient du terme anglais « caring » qui « renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention. » (Vigil-Ripoche, 2009, cité par Favetta et Feuillebois-Martinez, 2011, p.61). Selon les deux infirmières Favetta et Feuillebois-Martinez (2011), le prendre soin regroupe deux termes : care et caring. Le care « désigne l'ensemble des soins qui permettent le bien-être physique, mental et social, et l'action de caring, soigner dans une relation de sollicitude à l'autre. » (p.61)

Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. (Molinier, 2009, cité par Favetta et Feuillebois-Martinez, 2011, p.62).

Le prendre soin se trouve donc au cœur du métier infirmier. L'infirmier et docteur en santé publique Walter Hesbeen (2018) donne une autre définition du prendre soin. Selon lui, le « prendre soin consiste à porter une attention particulière bienveillante et bienfaisante à des hommes et des femmes qui, en la singularité de leur existence, vivent chacun comme ils le peuvent ce qu'ils ont à vivre. » (p.12). Il complète alors la définition de Favetta et Feuillebois en ajoutant une notion de singularité à la prise en soin.

3.1.2. L'art soignant du singulier

D'après Hesbeen (2018), le prendre soin exige une compétence soignante qui prend en compte la singularité de la personne. C'est pourquoi « le métier d'infirmière ou d'infirmier autant que celui d'aide-soignante ou d'aide-soignant, relèvent de l'art, un art soignant du singulier. » (p.12). Il met également en lumière huit valeurs incontournables du prendre soin : la bienveillance, la délicatesse, le respect, la générosité, la sensibilité, la politesse, l'humilité et la dignité (2018, p.12-13).

Dans un autre ouvrage, Hesbeen (1997) explique qu'il faut différencier « faire des soins » et « prendre soin » :

Être centré sur la succession de tâches à effectuer est ce qu'il y a de plus désastreux pour la construction de l'identité infirmière. On peut ainsi effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans prendre nullement soin de la personne « sur laquelle » on intervient, car l'attention est centrée sur l'acte posé. » (p.73)

Cette différence entre « faire des soins » et « prendre soin » est également mentionné par Vigil-Ripoche, membre de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers. D'après elle, la notion de soins comprend deux catégories distinctes de soins : le care qui correspond « aux soins coutumiers et habituels (...) liés aux fonctions d'entretien et de la continuité de la vie » (2012, p244), et le cure qui correspond aux « soins de réparation (...) liés aux besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie. » (2012, p244).

3.2. Les émotions

Le concept des émotions a une place centrale dans la question de départ, c'est pourquoi il me paraît important de l'explorer plus en détails.

3.2.1. Qu'est-ce qu'une émotion ?

Le site Larousse.fr définit l'émotion comme « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. » Le professeur en psychologie Luminet (2002) donne une définition plus complète. Selon lui, « les émotions sont des états relativement brefs (de quelques secondes à quelques minutes) provoqués par un stimulus ou par une situation spécifique. (...) Elles s'expriment tant au niveau physiologique, que comportemental et subjectif. ». Ces deux définitions se rejoignent donc sur le fait que les émotions ne durent pas dans le temps et qu'elles sont provoquées par une stimulation de l'environnement. Cependant, Luminet (2002) complète sa définition en expliquant que les émotions se manifestent de plusieurs façons. C'est aussi ce que décrivent certains chercheurs en psychologie ayant travaillé sur le concept des émotions :

Il s'agit en réalité d'un phénomène à multiples facettes, on retrouve l'activité neuronale (ex : activation de l'amygdale cérébrale), l'activation physiologique (ex : augmentation du rythme cardiaque), les pensées qui traversent l'esprit, les sensations corporelles (ex : boule dans le ventre), l'expression faciale (ex : expression de peur, rougissement), la modification de la posture. (Mikolajczak et al., 2020, p14).

En 1970, une enquête a été réalisée par l'anthropologue Paul Ekman, afin de vérifier l'existence d'émotions universelles, c'est-à-dire qui peuvent être ressenties par tous les êtres humains, qu'importe leur pays d'origine ou leur culture. Cette enquête a donc permis de montrer qu'il existait six émotions fondamentales : la colère, la peur, le dégoût, la joie, la tristesse et la surprise. (Dortier, sociologue français, 2014, p271).

Une émotion peut se diviser en cinq composantes distinctes, selon le psychologue Scherer (2001), cité par Mikolajczak et al. (2020, p14-15) :

- Composante psychologique, avec les pensées qui naissent à partir de la situation ;
- Composante biologique, avec des modifications physiologiques et neuro-végétatives ;
- Composante concernant l'action : « chaque émotion induit une impulsion, une envie pressante de faire quelque chose. Ainsi, la peur induit généralement l'envie de fuir (...) » (Mikolajczak et al., 2020, p14) ;
- Composante comportementale, avec une expression de l'émotion par une modification du comportement (posture, faciès, gestuelle, voix) ;
- Composante subjective, liée à ce que ressent la personne.

Cependant, malgré le fait que ces composantes soient liées entre elles et souvent toutes présentes, elles ne sont pas toujours retrouvées ensemble. En effet, « l'être humain a la possibilité d'agir sur certaines composantes, comme par exemple la gestuelle ou l'expression faciale. On peut être triste ou en colère, et masquer cette émotion aux yeux d'autrui si le contexte n'invite pas à l'expression émotionnelle. » (Mikolajczak et al., 2020, p15)

Selon la formatrice et coach parentale Limousin (2016), une émotion ne correspond pas seulement à ce qu'il en ressort (pleurs, cris...) : il y a en réalité 3 phases différentes dans une émotion : la charge, la tension, puis la décharge (p31).

La charge (ou alarme) : une petite structure au centre du cerveau nommée amygdale déclenche l'alarme dans l'organisme, ordonnant la libération d'hormones spécifiques. La tension : le corps se met en tension, en mobilisation énergétique pour agir ou fuir. La décharge : il s'agit de la phase d'expression qui permet au corps de revenir à son équilibre de base (expression : mettre la pression à l'extérieur. (Limousin, 2016, p31)

La décharge correspond donc à l'expression des émotions. Elle a un rôle important, puisqu'elle « permet un retour au calme de l'organisme. » (Limousin, 2016, p31).

3.2.2. Les différents rôles des émotions

D'après Limousin (2016, p30), les émotions sont indispensables à la survie et à l'adaptation. C'est également ce que précisent Mikolajczak et al. (2020, p18) : « les émotions sont cruciales et indispensables à notre survie et à notre adaptation. » Le psychiatre et psychothérapeute André (2014) précise même que ne pas éprouver d'émotions est impossible, et que nous sommes forcément influencés par ces émotions (p291). Nous allons donc analyser les quatre fonctions principales des émotions, à savoir l'adaptation, la prise de décision, l'information et le passage à l'action.

Tout d'abord, un des rôles des émotions est l'adaptation. Selon Limousin (2016, p30) les émotions « entraînent des changements physiologiques dans notre corps qui nous permettent de nous adapter aux situations. » C'est aussi ce que décrivent Mikolajczak et al., (2020, p24) dans leur ouvrage : « les émotions orchestrent ainsi les réponses des différents systèmes (cognitifs, physiologiques, etc.) afin que

l'organisme puisse répondre de manière optimale lors de la confrontation à certaines situations. » Les émotions que nous ressentons au quotidien déclenchent des modifications physiologiques qui nous permettent de nous adapter aux différentes situations que nous rencontrons.

De plus, les émotions ont également un rôle dans la prise de décision. Cette fonction a été démontrée par une étude réalisée par le neurologue Antonio Damasio : « Antonio Damasio, en analysant les comportements des patients atteints de lésion cérébrale les amputant de toute faculté émotionnelle, a observé une perte simultanée des capacités à prendre une décision. » (Bourdeaut, médecin en oncologie pédiatrique, 2006, p135). En effet, d'après Mikolajczak et al., (2020, p23), nous sommes automatiquement confrontés à nos émotions à chaque fois que nous devons faire un choix. Ces émotions nous aident donc à choisir.

Les émotions sont aussi une source d'information : « L'émotion est toujours porteuse d'un message » (Mikolajczak et al., 2020, p18). Pour finir, l'émotion joue un rôle dans nos actions face à certaines situations : « La peur facilite ainsi la fuite et inhibe toute une série de comportements inappropriés à la situation tels que sauter de joie, rire, etc. » (Mikolajczak et al., 2020, p19)

3.2.3. Les éléments déclencheurs des émotions

Les émotions positives ou négatives surgissent dans deux types de situations distinctes : celles qui touchent aux objectifs personnels de la personne, et celles qui portent atteinte à ses croyances fondamentales. (Mikolajczak et al., 2020, p16). Selon ces auteurs, les émotions négatives surviennent dans des situations qui compromettent la réalisation des objectifs de l'individu (2020, p16), alors que les émotions positives surviendraient plutôt dans un contexte d'atteinte des objectifs. (2020, p17). Aussi, toujours selon Mikolajczak et al., (2020), l'atteinte des croyances fondamentales implicites de l'individu est un élément déclencheur d'émotions.

Ces croyances, mises en évidence par Janoff-Bulman, sont au nombre de trois : (1) le monde environnant est globalement bienveillant (personne ne fait le mal par pur plaisir), (2) le monde est globalement juste (chacun reçoit ce qu'il mérite) et (3) je suis globalement meilleure que la moyenne des individus de mon groupe d'appartenance. » (Mikolajczak et al., 2020, p17)

Les quatre auteurs illustrent le déclenchement d'émotions en lien avec l'atteinte de la croyance sur la justice dans le monde :

Si nous apprenons qu'un individu qui a travaillé dur, élevé quatre enfants et fait le bien toute sa vie, est décédé d'un cancer fulgurant trois mois après avoir pris sa retraite alors qu'il n'avait jamais fumé, nous aurons une émotion parce que cette histoire contredit la croyance selon laquelle le monde est juste et que chacun y reçoit ce qu'il mérite. » (Mikolajczak et al., 2020, p17-18)

3.3. Soignants et émotions

Après avoir approfondi la notion d'émotion en général, je souhaite concentrer ma réflexion sur les émotions chez les soignants. En effet, les professionnels du soin sont souvent confrontés à des situations

compliquées et sources d'émotions : « L'infirmier est face à la souffrance humaine. (...) Le métier est difficile par des situations de crise, de fin de vie, de précarité sociale, de prise en soins en santé mentale, etc » (Dumas et Didry, 2019, p33)

3.3.1. L'intelligence émotionnelle

Le concept d'intelligence émotionnelle, aussi appelé compétences émotionnelles, a été créé par le psychologue américain Daniel Goleman (Limousin, 2016, p30). D'après les cadres de santé formateurs Dumas et Didry, « les compétences émotionnelles désignent la capacité à identifier, comprendre, utiliser ses émotions et celles d'autrui » (2019, p33). Selon la psychologue et professeur M. Mikolajczak, il existe cinq compétences émotionnelles : l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation (Dumas et Didry, 2019, p34).

Les personnes ayant des compétences émotionnelles élevées sont capables d'identifier leurs émotions, de comprendre les causes et les conséquences de leurs émotions, de gérer leurs émotions de manière socialement acceptable, de gérer leur stress et leurs émotions et utilisent leurs émotions pour accroître leur efficacité (au niveau de la décision, de la réflexion, des actions). (Dumas et Didry, 2019, p34)

L'intelligence émotionnelle vise donc à utiliser les émotions, après tout un processus qui nous permet de mieux les comprendre et les gérer. Ces compétences sont utiles pour l'infirmier puisqu'elles « facilitent la prise de recul sur le vécu professionnel et personnel et favorisent ainsi une meilleure qualité de vie au travail. » (Dumas et Didry, 2019, p33.). Dumas et Didry précisent même que les compétences émotionnelles sont indispensables aux soignants (2019, p34). En effet, selon eux, « l'infirmier doit comprendre et reconnaître ce qu'il vit afin d'agir au mieux dans la prise en soin de ses patients. » (2019, p34). Les compétences émotionnelles vont donc l'aider à comprendre ce qu'il ressent, pour pouvoir améliorer la prise en soin des patients. L'infirmier « effectuera une introspection pour reconnaître ses émotions, les réactions qu'elles suscitent chez lui et les autres afin de les contrôler et de les utiliser à bon escient lors des situations de soins. » (Dumas et Didry, 2019, p34). La cadre de santé Florence Michon appuie également sur le fait que les compétences émotionnelles sont nécessaires dans le prendre soin :

Le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit le légitimer. Il fait alors preuve d'intelligence émotionnelle en reconnaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant. (Michon, 2013, p3)

Ces compétences émotionnelles ne sont pas innées. Elles s'acquièrent et se construisent tout au long du parcours professionnel, par de la formation continue ou des expériences professionnelles et personnelles (Dumas et Didry, 2019, p34). Cependant les deux cadres de santé formateurs précisent que l'intelligence émotionnelle doit être développée « dans les formations initiales et continues afin de favoriser une meilleure qualité de vie en formation, au travail, et de prévenir les risques psychosociaux. » (Dumas et Didry, 2019, p34).

3.3.2. La juste distance

En théorie, selon le site Larousse.fr, la distance est un « intervalle qui sépare deux points dans l'espace ; longueur de l'espace à parcourir pour aller d'un point à un autre », ou encore l'intervalle « qui sépare deux ou plusieurs personnes ». Le mot distance inclut donc une notion d'espace qui peut être mesurée. Cependant, le site Larousse.fr donne également une autre définition de la distance : « écart, différence entre deux personnes, leurs statuts, leurs qualités, etc. ». Cette définition n'induit pas une distance physique mais plutôt une différence, non mesurable, entre deux individus. La notion de distance peut donc avoir plusieurs significations : distance physique, distance mentale...

D'après Pascal Prayez (2006), docteur en psychologie clinique et sociale, la juste distance est « la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. » (p.213). Pour appliquer cette définition aux soins, nous pouvons donc dire que la juste distance correspond au fait de prendre en soin les patients, tout en ayant conscience de notre rôle de soignant, différent du rôle de patient. Selon Bourdeaut (2006), « le premier risque serait un glissement de la distance à l'absence. » (p136). En effet, selon l'oncologue (2006), si les soignants ont peur de l'émotion qu'ils peuvent ressentir dans certaines situations, ils risquent de mettre en place une trop grande distance, voire une absence afin d'éviter toute situation qui pourraient faire surgir des émotions non souhaitées chez eux (p136). Or, être dans la juste distance ne signifie pas être complètement absent : « Mettre une frontière n'équivaut pas à mettre une barrière. » (Blanchard et al., 2006, p21). En effet, selon Michon (2013), « être dans la juste distance est avant tout une question de dosage : ni trop ni trop peu. » (p34). D'après Michon (2013), si le soignant instaure une trop grande distance entre lui et son patient, il risque de banaliser la situation et la souffrance de ce dernier, et de perdre cette posture humaniste essentielle dans la profession infirmière (p34). Cependant, selon les auteurs Blanchard et al., (2006), l'absence de distance a également des conséquences néfastes, que ce soit pour le patient ou pour le soignant : « Être tellement impliqué dans la situation que « on se met à la place de l'autre » comme on dit, revient, de fait, à prendre la place de l'autre. » (p21) Dans ce cas, le patient se voit presque privé de sa liberté de choix, et le soignant risque l'épuisement (Blanchard et al., 2006, p21-22). Bourdeaut (2006) s'accorde avec les quatre auteurs précédemment cités en ce qui concerne les risques d'épuisement professionnel en cas d'absence de distance : « la raison la plus essentielle de cette juste distance (...) consiste en une mesure de protection contre l'usure et l'épuisement professionnel. » (p135).

La notion de juste distance résulte donc d'un équilibre entre présence et distance. « Savoir communiquer et soigner, tout étant dans une juste distance professionnelle, est particulièrement indispensable au soignant » (Michon, 2013, p32). Le soignant ne doit pas être trop proche de son patient afin d'éviter un épuisement professionnel et de permettre au patient de rester acteur de sa prise en soin. Cependant, la distance mise en place doit être adaptée et mesurée afin d'éviter l'absence totale, de permettre au professionnel de garder son rôle de soignant et d'accompagner le patient au mieux dans sa prise en soin.

3.3.3. La gestion des émotions : les cacher ou les exprimer ?

Après avoir exploré les émotions et les concepts relatifs aux émotions en soins infirmiers, nous allons pouvoir nous intéresser aux conséquences de l'expression et de la répression des émotions chez les soignants et donc sur la prise en soin.

Tout d'abord, depuis l'antiquité, les émotions ont une signification négative : « Galien, figure emblématique de la médecine antique puis occidentale, décrit les émotions comme une maladie de l'âme par le désordre qu'elles entraînent sur la raison. » (Bourdeaut, 2006, p135). « Les émotions ont longtemps été considérées comme des phénomènes passionnels, susceptibles d'entraver le bon fonctionnement de la raison. » (Mikolajczak et al., 2020, p13). Pourtant, nous avons vu précédemment qu'il était impossible de ne pas ressentir d'émotions, mais qu'il était possible de jouer sur leur expression : « Le déclenchement des émotions est automatique : seule leur régulation est sous contrôle – relatif – de notre volonté. » (André, 2014, p291). L'expression des émotions chez le soignant peut être mal perçue par le patient et ses proches. « L'émotion apparaît souvent culturellement connotée comme une marque de faiblesse voire comme un manque de professionnalisme ; professionnalisme au nom duquel le soignant est présumé capable de garder le contrôle de lui-même en toute circonstance. » (Borenstein, 2018, p11). C'est également ce que décrit Michon (2013) : « La tristesse peut être assimilée à un manque de courage, la colère à un caprice, la peur à la lâcheté et la joie intense à une légèreté, un manque de sérieux. » (p33)

Cependant, selon plusieurs auteurs, comme la psychologue Borenstein (2018), tenter de cacher ses émotions aurait des conséquences néfastes sur les soignants, les patients mais aussi sur les établissements de santé :

La nécessité de maîtriser, de façonner et de cacher ses propres émotions engendre des tensions à la fois physiques et psychologiques chez l'individu, qui conduisent à des conséquences négatives, autant pour l'entreprise (turn-over, absentéisme), que pour les équipes de travail (chute de la cohésion et de la collaboration) et les individus (burn out, déclin de la satisfaction, stress, somatisation, consommation de psychotropes. (Borenstein, 2018, p11)

En effet, toujours selon la psychologue, ce n'est pas parce que nous avons choisi ce métier qui côtoie les émotions que nous sommes protégés et que nous devons les ignorer (2018, p10). Limousin (2016), s'accorde sur le sujet : « si nous empêchons la décharge de l'émotion, si nous la contenons, elle s'exprimera d'une manière ou d'une autre dans le futur : maux de dos ou de tête, insomnie, grande fatigue, maladie... » (p31).

Ainsi, exprimer ses émotions peut être mal perçue, mais ne pas les exprimer risque d'entraîner des conséquences néfastes pour la prise en soin des patients. Par conséquent, il semble nécessaire de trouver un équilibre entre expression et répression, c'est-à-dire de gérer ses émotions. En effet, une mauvaise gestion des émotions « peut conduire à l'épuisement émotionnel ou à la dépression. » (Dumas et Didry, 2019, p33). Un moyen de gestion des émotions est le développement des compétences émotionnelles, un concept précédemment développé qui nous a montré qu'il était possible de comprendre, de maîtriser

et d'utiliser les émotions pour une meilleure prise en soin du patient. Il existe également d'autres méthodes :

A lui de mettre en œuvre des techniques de gestion pour les réguler, par des stratégies telles que la mise en place de protocoles, la relaxation, les stages de formation à la gestion du stress et des conflits, l'évitement temporaire, la dépersonnalisation ou le travail sur les représentations. (Borenstein, 2018, p12)

D'après la psychologue, il existe également des associations qui peuvent venir en aide aux soignants qui vivent une perturbation émotionnelle. Une de ces associations est Soins aux Professionnels de Santé (SPS). Elle a instauré une plateforme d'appel pour les professionnels de santé ayant besoin d'un soutien psychologique, et « vise également à engager une prise en charge psychologique immédiate des soignants soumis à un choc émotionnel. » (Borenstein, 2018, p10). L'association nationale SPS a été créée en 2015, elle « vient psychologiquement en aide aux étudiants et professionnels de la santé en souffrance au travail ; agit en prévention pour le mieux-être ». (Association Soins aux Professionnels de Santé, 2022)

3.3.4. Le stress

Selon la psychologue Anne-Marie Pronost (2012, p295), « le stress est lié à un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression externe ou interne. » Il résulte d'une interaction entre la personne et son environnement (selon Folkman et al., 1986, cité par Lord-Gauthier et al., 2016, p21). En effet, la psychologue Pronost s'accorde à ce sujet : « le stress dépend de la façon dont le sujet perçoit la situation dans laquelle il se retrouve impliqué » (2012, p295). C'est un « processus incluant à la fois la personne, l'environnement, leurs transactions » (2012, p295).

D'après Lord-Gauthier et al., « l'état de stress survient lorsqu'une infirmière, exposée à un facteur de stress, estime que ses compétences sont dépassées par les exigences de la situation » (2016, p21). Les facteurs de stress, ou stressseurs, possèdent quatre composantes : l'imprévisibilité, le sentiment de perte de contrôle, la nouveauté et la mise à l'épreuve de soi-même et de ses compétences. (Lord-Gauthier et al., 2016, p21-22). Selon l'étude menée par Lord-Gauthier et al. en 2016, les trois stressseurs les plus fréquents chez les infirmiers sont : « voir souffrir un patient, composer avec un manque de personnel dans l'unité, et s'occuper d'un patient exigeant, mécontent ou déprimé. » (p23). Toujours selon cette étude, les trois stressseurs les plus intenses chez les infirmiers sont « avoir peur de faire une erreur, être confrontée à une urgence médicale en l'absence du médecin, et manquer de temps pour compléter toutes les tâches demandées. » (p23).

Pour faire face à ce stress, les infirmiers utilisent « principalement douze stratégies d'adaptation » (Lord-Gauthier et al., 2016, p23), qui sont aussi appelées coping. « Le coping est une réaction d'adaptation comportementale, cognitive ou émotionnelle face à un stressseur. » (Lord-Gauthier et al., 2016, p21). Voici les différentes stratégies classées de la plus utilisée à la moins utilisée :

- J'agis concrètement pour améliorer la situation ;

- J'exprime les sentiments négatifs que je ressens ;
- Je parle pour laisser sortir mes émotions négatives ;
- Je réfléchis profondément sur les étapes à franchir ;
- Je cherche des solutions et je fais des plans d'action ;
- J'accepte le fait que c'est arrivé ;
- J'essaie de voir le problème sous un angle différent, de le percevoir de façon positive ;
- Afin de me sentir mieux, j'occupe mon temps ou je discute avec des amis ;
- J'apprends à vivre avec mon problème ;
- Je recherche du réconfort et de la compréhension auprès de mes amis ;
- Je recherche le soutien émotif de mes amis ;
- Je recherche du réconfort et de la compréhension auprès de mon conjoint. (Lord-Gauthier et al., 2016, p24).

Ainsi, ces stratégies ou réactions peuvent être classées en trois familles différents : « celles de la solution, de l'émotion et de l'évitement » (Folkman et al., 1986, cité par Lord-Gauthier et al., 2016, p23). « Elle peut se focaliser sur le problème (proposer une solution), se centrer sur les émotions (exprimer sa colère) ou encore se traduire par de l'évitement (s'affairer pour penser à autre chose). » (Folkman et al., 1986, cité par Lord-Gauthier et al., 2016, p21)

4. L'exploration empirique

4.1. Méthodologie

Les recherches effectuées précédemment m'ont permis de théoriser les concepts qui constituent ma question de recherche. Cependant, ce cadre théorique a ses limites. En effet, le concept des émotions semble être très subjectif. Il a donc été difficile de trouver des ressources bibliographiques sur les différentes émotions que ressentent les infirmier(e)s, et sur comment ils peuvent utiliser ces émotions dans la prise en soin. Je souhaite donc compléter mon cadre théorique grâce à cette exploration empirique.

Afin de réaliser cette exploration, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs auprès de différents infirmiers de terrain. Cette méthode va me permettre d'orienter la discussion grâce à un guide d'entretien (voir Annexe I), tout en laissant la possibilité à l'infirmier(e) de s'exprimer assez librement. Pour rédiger mon guide d'entretien, j'ai rédigé différents objectifs qui découlent de mon cadre théorique. Ainsi, grâce à ces entretiens, j'aimerais recenser les émotions fréquemment ressenties par les soignants sur le terrain et identifier leur rôle. J'aimerais également mettre en évidence les ressources et moyens de gestion des émotions à disposition des soignants, et savoir s'ils en utilisent quelques-uns. Concernant le concept de prendre soin, j'aimerais en préciser la définition par les professionnels de terrain et identifier la place de ces émotions dans le prendre soin. Pour finir, je souhaiterais préciser les enjeux de la juste distance dans la relation soignant-soigné.

J'ai choisi d'interroger des soignants ayant de l'expérience en service de réanimation et en SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation). En effet, les soignants travaillant dans ces lieux d'exercice sont souvent confrontés aux émotions, que ce soit les leurs ou celles des patients et/ou de leurs proches. Les situations d'urgence et les situations émotionnellement difficiles telles que les décès sont régulières sur ces deux terrains d'exercice particuliers.

Pour ce qui est de l'entretien avec un infirmier de réanimation, j'ai pu prendre contact avec un infirmier rencontré lors d'un stage et dont j'avais gardé les coordonnées. Il m'a répondu positivement et l'entretien a pu se faire en présentiel à l'IFSI. J'ai eu plus de difficultés à trouver une infirmière ayant de l'expérience en SMUR. En effet, je n'avais pas de contact dans ce domaine. J'ai donc posté une annonce sur les réseaux sociaux qui a fini par porter ses fruits au bout de quelques jours. Ce deuxième entretien s'est déroulé en distanciel, en appel téléphonique, compte tenu de la distance. Pour les deux entretiens, j'ai pu enregistrer les propos des infirmiers avec mon téléphone portable avec leur accord. Cela m'a permis d'être plus disponible et à l'écoute de leurs réponses, mais aussi de faciliter la retranscription des entretiens.

Ces entretiens semi-directifs m'ont permis de recueillir des données qualitatives, notamment des informations sur ce que les infirmiers interrogés ressentent, sur leur comportement face à ces émotions. Cependant cette méthode a ses limites. En effet, bien qu'ayant interrogé deux infirmiers habitués aux situations émotionnellement difficiles ou stressantes, il est évident que ces entretiens ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la profession infirmière. De plus, les informations recueillies dépendent des personnes interrogées et de leur niveau d'expérience, des situations vécues, de leur sensibilité...

Il m'a été plus difficile d'interroger l'infirmière du SMUR, étant donné que je ne la connaissais pas. En effet, le sujet des émotions est très personnel. De ce fait, j'avais l'impression de rentrer dans son intimité. Alors que j'étais beaucoup plus à l'aise avec l'infirmier de réanimation parce que je le connaissais.

4.2. Analyse des entretiens

4.2.1. Profil des infirmiers interrogés

Afin de garantir la confidentialité des données recueillies, j'appellerai l'infirmier de réanimation « IDE 1 » et l'infirmière du SMUR « IDE 2 ». L'IDE 1 est diplômé depuis 2018, c'est-à-dire depuis 5 ans. Depuis, il n'a exercé qu'en réanimation. L'IDE 2 est diplômée depuis 2005, c'est-à-dire depuis 18 ans. Elle a exercé dans plusieurs services : urgences pendant 9 ans, salle de réveil, SMUR pendant 7 ans. L'IDE 2 est donc plus expérimentée que l'IDE 1, de par ses nombreuses années d'activité après le diplôme mais également par le fait qu'elle ait exercé dans plusieurs services différents.

4.2.2. Représentation du prendre soin

Les deux infirmiers soulignent que le concept de prendre soin est très vaste. Selon eux, prendre soin regroupe plusieurs notions. Les notions qui reviennent le plus souvent sont l'empathie et le confort du patient. En effet, ils parlent tous les deux de la notion d'empathie dans le concept de prise en soin : « *en étant empathique et en essayant de les comprendre* » ; « *me projeter sur ce que je voudrais* ». Pour l'IDE 1, prendre en soin consiste à accompagner la personne : « *accompagner les patients de différentes façons.* » L'IDE 2 précise que prendre en soin, c'est veiller au confort du patient : « *faire en sorte que le patient soit le plus confortable possible.* » et aussi la surveillance clinique du patient. Ainsi, selon eux, prendre soin est un concept vaste qui consiste à accompagner un patient tout au long de sa prise en charge, en étant empathique, en veillant à son bien-être et en surveillant son état.

4.2.3. Les éléments déclencheurs d'émotions chez les soignants

Les émotions des soignants sont principalement déclenchées par des situations bien particulières. Pour les deux infirmiers, ces situations sont notamment des situations d'échec avec le décès d'un patient. L'IDE 2 souligne aussi le sentiment d'impuissance dans ces situations d'échec : « *Je savais qu'on ne pourrait pas sauver la jeune fille* ». Les émotions sont également souvent déclenchées par les situations d'urgence. De plus, selon les deux infirmiers, la gestion des familles est également un élément déclencheur d'émotions : « *C'est ça le plus difficile, c'est les familles.* »

Par ailleurs, l'IDE 1 souligne que le manque de préparation favorise la survenue d'émotions chez les soignants lors de situations compliquées.

4.2.4. Les émotions fréquemment ressenties par les soignants

Les infirmiers décrivent principalement des émotions négatives ressenties au moment où a lieu une des situations vues précédemment. Ils citent tous les deux les mêmes émotions négatives : du désespoir, du stress, de la tristesse, ou encore le choc. L'émotion que les infirmiers décrivent le plus est le désespoir, la sensation d'être dans un état second qui leur font perdre leurs moyens et les paralyse : « *on peut vite être paralysés par l'affect.* », « *j'étais dans un autre monde et je regardais ce qu'il se passait.* ». Après ce désespoir, les émotions les plus ressenties par les infirmiers sont le stress et la tristesse. Cependant, l'IDE 1 précise qu'il y a quand même parfois des émotions positives : « *il n'y a pas que de la tristesse* ».

Par ailleurs, certaines conséquences émotionnelles ne se manifestent qu'à posteriori de la situation : « *Je n'ai pas très bien vécu le après de l'intervention. Sur le moment ça a été, mais c'est le après.* » Ces conséquences sont souvent psychologiques (stress post-traumatique, pleurs), et peuvent avoir un retentissement physiologique, par exemple sur le sommeil de la personne, comme le décrit l'IDE 2 : « *Je ne dormais plus très bien.* »

4.2.5. Le rôle des émotions dans la prise en soin selon les soignants

Selon les infirmiers, les conséquences des émotions sur la prise en soins sont majoritairement positives. En effet, d'après eux, elles sont perçues comme « *importantes* » et « *utiles* » à la prise en soins. Les deux infirmiers s'accordent pour dire que les émotions ont notamment un rôle dans l'accompagnement du patient : « *Si on n'avait pas d'émotions, on ne serait pas bons dans l'accompagnement* ». « *Tu accompagnes mais d'une autre façon* ». Selon l'IDE 2, ressentir des émotions nous permet d'accompagner de manière bienveillante. Pour les deux infirmiers, les émotions peuvent également permettre d'augmenter la vigilance des soignants : « *ça permet d'être hyper vigilant sur la prise en charge* », « *si on n'avait pas d'émotions, on passerait à côté de certaines choses* ». Les notions d'amélioration des performances des soignants et de compréhension des patients sont également abordées.

En revanche, dans certaines situations, les émotions peuvent avoir des conséquences néfastes sur la prise en soin. Les soignants interrogés soulignent notamment une perte de la maîtrise de soi face à certaines émotions : « *Certaines émotions peuvent te faire perdre tes moyens (...) et te faire faire n'importe quoi* ». Elles peuvent aussi parfois être paralysantes et perturber la prise en soins : « *on peut vite être paralysés par l'affect* ». L'IDE 2 ajoute que cela peut « *perturber la prise en charge* ».

4.2.6. La gestion des émotions

Concernant les méthodes de gestion des émotions, les infirmiers préfèrent utiliser des méthodes personnelles que les méthodes proposées par l'établissement. La communication avec l'équipe est la méthode qui est la plus soulignée par les deux soignants : « *Se réunir et parler en équipe* », « *prendre du temps pour debriefer* ». Il y a également les loisirs et activités extérieures, les méthodes de relaxation, de réflexion solitaire. L'IDE 1 précise également que, pour lui, la gestion des émotions est quelque chose qui s'apprend : « *ça s'apprend, je pense que ça s'apprend* », « *on passe tous par-là, par ce processus d'apprentissage* ».

Les établissements dans lesquels exercent les infirmiers interrogés proposent également des méthodes de gestion des émotions, notamment le recours à un psychologue en cas de besoin : « *psychologue qui vient dans le service* ». Cependant, selon les infirmiers, ces méthodes ne semblent pas adaptées « *s'ils proposent des choses, elles ne sont pas adaptées* ». L'IDE 2 aurait par exemple apprécié pouvoir debriefer avec l'équipe du SMUR en présence d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Les 2 infirmiers soulignent également le caractère très subjectif de la gestion des émotions : « *ça dépend de la personnalité de chacun* », « *c'est hyper subjectif d'exprimer ses émotions ou pas* ».

Face aux émotions, les soignants adoptent des comportements différents, en fonction de leur personnalité et des situations auxquelles ils sont confrontés. En effet, certains vont plutôt avoir tendance à exprimer leurs émotions avec l'équipe, mais certains vont aussi les exprimer auprès du patient, comme l'IDE 2 : « *ça ne me choque pas d'accompagner un patient avec nos propres émotions* ». Au contraire,

d'autres vont plutôt avoir tendance à cacher leurs émotions, comme l'IDE 1 : « *moi je les cache, parce que c'est ma personnalité.* » Aussi, face aux émotions, l'IDE 2 adapte sa posture auprès du patient afin de se préserver : « *prendre beaucoup de recul* », « *empathique, mais trop impliquée* ».

4.2.7. Cacher ou exprimer ses émotions ?

Le fait de cacher ses émotions comporte plus de points négatifs que de points positifs. En effet, selon l'IDE 1, le seul point positif dans le fait de cacher ses émotions est que cela peut « *montrer qu'on est fort* ». En revanche, toujours selon l'IDE 1, cacher ses émotions peut avoir plusieurs conséquences néfastes pour les soignants : « *la personne ne fait que pleurer* » « *si on n'est pas serein dans son travail, ça va se ressentir.* ». L'IDE 2 ne se positionne pas sur le fait de cacher ses émotions. Selon elle, cela peut parfois être utile, comme délétère : « *ça m'a servi comme ça m'a desservi.* »

Au contraire, le fait d'exprimer ses émotions comporte plus d'aspects positifs que d'aspects négatifs. En effet, le fait d'exprimer ses émotions permet de « *montrer à la famille qu'on est touché* » et « *qu'on fait tout ce qu'on peut pour le patient* » selon l'IDE 1. Pour l'IDE 2, le fait d'exprimer ses émotions permet également de « *créer un lien particulier avec le patient* ». D'un autre côté, l'IDE 2 souligne qu'exprimer ses émotions peut aussi avoir des conséquences négatives pour les soignants, notamment des répercussions psychologiques : « *Le risque pour le soignant c'est de faire un burn out, à force de trop être dans l'affect auprès du patient* ». Toujours selon elle, exprimer ses émotions peut également être mal perçu par le reste de l'équipe : « *il ne fallait pas trop montrer ses faiblesses, sinon on se faisait écraser* ».

4.2.8. Influence de la juste distance sur la prise en soin et les émotions

Il y a plus de répercussions sur la prise en soin lorsque le soignant est trop proche du patient, que lorsqu'on ne l'est pas assez. Le fait d'être trop proche du patient peut avoir une influence sur les émotions ressenties par le soignant : « *On est trop proches et on ne gère pas bien nos émotions* », ce qui peut être délétère pour la santé mentale des infirmiers, comme le souligne l'IDE 2 en parlant du risque de burn-out. L'IDE 1 parle aussi du fait de « *bien connaître* » certains patients en réanimation, ce qui rend certains décès plus « *marquants* » que d'autres. De plus, selon l'IDE 2, se montrer trop proche d'un patient peut être perçu comme un manque de professionnalisme par le patient : « *ce n'est pas professionnel d'aller trop loin, d'être envahissant* ». Ce manque de professionnalisme peut se répercuter sur la qualité de la prise en soins. En effet, selon l'IDE 1, être trop proche du patient peut nous faire « *passer à côté de défaillance, d'oublier de remonter des informations au médecin* ».

D'un autre côté, être trop distant du patient peut avoir des conséquences, notamment pour le patient. Cela peut lui donner l'impression de ne pas être écouté, de ne pas être pris en compte, comme le soulignent les deux infirmiers : « *on ne va pas l'écouter* », « *ça donne l'impression au patient qu'il n'est pas pris en compte, d'être juste un corps et un organe défaillants* ». Cette situation peut être une véritable source de stress pour le patient, ce que souligne l'IDE 2.

Il semble donc important de se situer dans la juste distance avec le patient. Pour ce faire, les infirmiers doivent rester à leur place de soignants, c'est-à-dire « *savoir être présent* », « *être dans l'empathie mais rester à sa place, dans son rôle, ne pas être dans l'envahissement* ». Parfois, les prises en charge sont longues et les patients restent longtemps. Pour les infirmiers, la juste distance est plus difficile à appliquer lorsque la prise en charge est longue : « *on a toujours des patients qui vont rester des semaines voire des mois, et forcément on s'attache au patient, on s'attache à la famille* ». Il est donc important de poser un cadre avec le patient pour pouvoir rester dans son rôle de soignant. Dans les cas où le soignant n'arrive pas à rester dans cette juste distance, où le soignant sent qu'il s'attache trop au patient pour pouvoir assurer la prise de soins, il est également possible de passer la main à des collègues. C'est ce qu'explique l'IDE 1 : « *ce qui est bien, c'est que chez nous on tourne, donc on ne reste pas toujours avec le même patient* ».

5. La discussion

Dans un premier temps, j'ai recherché et exposé les propos de différents auteurs en lien avec les notions de ma question de départ : en quoi les émotions des soignants impactent-elles la prise en soin ? J'ai ensuite interrogé deux infirmiers de terrain avec des expériences différentes, puis j'ai analysé leurs réponses. Dans cette dernière partie, je vais croiser ces différentes données afin de les comparer et de les interpréter. Aussi, j'y ajouterai ma réflexion personnelle afin de me positionner en tant que future professionnelle.

5.1. Les émotions du soignant au service du prendre soin

Au fil de ces trois années de formation, j'ai vécu plusieurs situations qui ont suscité chez moi diverses émotions. Celles qui m'ont le plus touchée étaient les situations de décès avec la présence de la famille et des proches, mais aussi les situations d'urgence. C'est également ce que décrivent les infirmiers interrogés. Pour eux, les situations susceptibles de déclencher des émotions chez les soignants sont les situations de décès d'un patient, les situations d'urgence, la gestion des familles et le sentiment d'impuissance. Du point de vue des auteurs que j'ai pu lire, les émotions sont déclenchées par des situations bien particulières : celles qui touchent aux objectifs personnels de la personne et celles qui portent atteinte à ses croyances fondamentales, à savoir : le monde est bienveillant et juste et « je suis globalement meilleur que la moyenne des individus de mon groupe d'appartenance. » (Mikolajczak et al., 2020, p17). Lors des situations de décès que j'ai pu vivre au cours de mes différents stages, j'ai ressenti de la tristesse et un sentiment d'impuissance. Je pense donc que ces situations rejoignent les propos des auteurs cités dans le cadre théorique : les situations de décès portent atteinte à nos objectifs personnels en tant qu'infirmiers ainsi qu'à la croyance fondamentale qui stipule que le monde est juste et que chacun reçoit ce qu'il mérite. En tant qu'infirmiers, je pensais que notre objectif était de soigner,

de maintenir quelqu'un en vie. Ainsi, une situation de décès annule la réalisation de cet objectif, ce qui peut donc engendrer des émotions. Cependant, nous avons vu précédemment que « prendre soin » ne signifiait pas forcément maintenir en vie, mais plutôt accompagner avec empathie, garantir le confort du patient. C'est quelque chose que j'ai effectivement constaté au cours de ma formation : je me suis rendue compte que parfois, le rôle de l'infirmier n'était pas de sauver, mais d'accompagner des patients, des familles. Les accompagner vers la fin de vie, en s'assurant de leur confort. Et je pense qu'en cela les émotions peuvent être nécessaires.

Les émotions peuvent être utiles dans la compréhension et l'accompagnement des patients et de leurs proches. En effet, lorsque je ressentais de la tristesse pour un patient et/ou une famille, je pense que j'étais plus à l'écoute de ces derniers. Je les accompagnais en me montrant disponible, en veillant à améliorer leur confort au maximum. Ressentir cette tristesse me rendait encore plus empathique que d'habitude. Je m'accorde donc avec les infirmiers interrogés : pour eux, les émotions ont un réel rôle dans l'accompagnement. L'IDE 1 précise même que « *si on n'avait pas d'émotions, on ne serait pas bons dans l'accompagnement* ». Selon les auteurs du cadre théorique, les émotions permettent de nous adapter aux différentes situations que nous rencontrons. Il semble donc logique que lorsque je ressens de la tristesse, mon comportement change afin de m'adapter à cette situation particulière. Cela explique pourquoi les émotions paraissent indispensables à l'accompagnement. Aussi, nous avons vu dans le cadre théorique que les émotions étaient une source d'information : « L'émotion est toujours porteuse d'un message » (Mikolajczak et al., 2020, p18). Ainsi, ressentir de l'émotion en tant que soignant peut faire passer un message aux patients mais aussi aux familles. C'est ce que soulignent les infirmiers interrogés, et je suis d'accord avec eux : cela peut montrer à la famille qu'on est touché par la situation et qu'on fait tout notre possible pour le patient.

Par ailleurs, j'ai été confrontée à des situations stressantes, comme des situations d'urgence. Selon les infirmiers interrogés, le stress peut être bénéfique, puisqu'il peut contribuer à augmenter notre vigilance. C'est en effet ce que j'ai pu constater lors, par exemple, de situations de réanimation cardio-pulmonaire. Le stress faisait que j'étais très concentrée, comme dans une bulle, en laissant toutes les autres émotions de côté. Dans ce cas, le stress était donc bénéfique puisqu'il me permettait de me concentrer et donc d'être plus vigilante et performante. En revanche, un niveau de stress trop élevé peut se révéler délétère dans la prise en soin. C'est ce que je vais développer toute de suite.

5.2. Quand l'émotion prend trop de place dans le prendre soin

Parfois, les émotions peuvent être néfastes pour la prise en soin, notamment dans les situations où l'on n'arrive pas bien à les gérer. En effet, j'ai parlé juste avant du stress et de ses bénéfices sur la vigilance des soignants. Cependant, un stress trop élevé peut avoir des conséquences néfastes et nous faire perdre nos moyens, avec un sentiment de perte de contrôle, comme le soulignent les infirmiers interrogés. Selon moi, être dans un niveau de stress intense peut être paralysant. C'est ce que j'explique dans ma première situation : lors de ma première réanimation cardio-pulmonaire, je ne savais où me mettre, ni quoi faire.

Je regardais ce qu'il se passait. Je ressentais ce fameux sentiment de désespoir dont parle l'IDE 1 dans son entretien. Cependant, je n'ai pas trouvé d'éléments théoriques abordant cette sensation de désespoir face au stress.

Selon la psychologue Anne-Marie Pronost (2012, p295), « le stress est lié à un processus d'invasion émotionnel. » Au contraire, les infirmiers interrogés ont plutôt exprimé une absence d'émotions dans les situations stressantes. Je suis plutôt d'accord avec cette absence d'émotion. Comme je l'ai expliqué plus haut, le stress m'a permis, à plusieurs reprises, de me mettre dans une bulle pour rester concentrée, sans ressentir d'autres émotions parasites. Cependant, quand Anne Marie Pronost parle « d'invasion émotionnel », je pense qu'elle fait référence aux situations où le stress est trop élevé et devient paralysant, et donc délétère pour la prise en soin. Selon moi, la sensation de désespoir que nous pouvons ressentir dans certaines situations stressantes pourrait s'expliquer par cet invasion émotionnel qui bloque notre réflexion et nous empêche d'agir.

De plus, les émotions peuvent impacter la prise en soin en passant par des répercussions néfastes sur le soignant et sa santé physique et/ou mentale. En effet, les auteurs que j'ai lus s'accordent pour dire que cacher ses émotions « engendre des tensions à la fois physiques et psychologiques chez l'individu, qui conduisent à des conséquences négatives » (Borenstein, 2018, p11), telles que des « maux de dos ou de tête, insomnie, grande fatigue, maladie... » (Limousin, 2016, p31). Lors des entretiens, l'IDE 2 a surtout souligné les conséquences psychologiques de ces émotions, et notamment le risque de faire un burn-out pour le soignant. En stage et lors de mes expériences professionnelles, j'ai pu effectivement constater les nombreux soignants en burn out, contraints de faire une pause. Selon moi, ces burn out peuvent être dus à une mauvaise gestion des émotions qui prennent trop de place chez ces soignants et provoquent une détresse psychologique. Cependant, les nombreux burn out ne sont peut-être pas tous causés par les émotions. En effet, selon moi, d'autres facteurs peuvent entrer en jeu dans le burn out : ambiance dans l'équipe, charge de travail, manque de considération... Par ailleurs, je ne pensais pas qu'une mauvaise gestion des émotions pouvaient avoir des conséquences physiques, et cela m'a étonnée.

Les infirmiers interrogés soulignent aussi qu'être trop dans l'affect peut être paralysant pour le soignant et perturber la prise en charge. En effet, selon les auteurs, ressentir des émotions et les exprimer peut-être perçu comme un signe de faiblesse ou un manque de professionnalisme par le patient, ses proches ou l'équipe. L'IDE 2 en parle : « *il ne fallait pas trop montrer ses faiblesses, sinon on se faisait écraser* ». Il m'est déjà arrivé de montrer mes émotions auprès des patients et de leurs proches, et je n'ai pas eu l'impression que cette émotivité ait été perçue comme un signe de faiblesse ou un manque de professionnalisme. Au contraire, je pense que ma sensibilité a pu m'aider à mieux les comprendre et à les accompagner au mieux. En revanche, l'expression de ces émotions doit rester contrôlée et adaptée à la situation. Verser une larme auprès d'une famille en deuil peut être compréhensible, mais pleurer lors d'une situation d'urgence qui nous stresse peut effectivement être perçu comme un manque de professionnalisme ou un signe de faiblesse, et être mal perçu par la famille comme par le reste de

l'équipe. Par la suite, cela peut compliquer la prise en soin, puisque la relation de confiance entre le soignant et le soigné va être altérée. Il est donc nécessaire de savoir gérer ses émotions.

5.3. La gestion des émotions : une aptitude nécessaire aux soignants

Les émotions peuvent avoir beaucoup de bénéfices dans la prise en soin des patients. Cependant, nous avons vu qu'elles peuvent parfois prendre trop de place et devenir paralysante pour le soignant et délétère pour la prise en soin. Il paraît donc nécessaire d'apprendre à gérer les émotions afin de pouvoir les utiliser à bon escient, sans qu'elles deviennent envahissantes. Savoir utiliser ses émotions à bon escient renvoie à un concept que j'ai précédemment développé dans le cadre théorique : l'intelligence émotionnelle. En effet, ce concept désigne « *la capacité à identifier, comprendre, utiliser ses émotions et celles d'autrui* » (Dumas et Didry, 2019, p33). Selon les auteurs, l'intelligence émotionnelle est indispensable aux soignants, puisqu'elle permet d'utiliser les émotions à bon escient dans la prise en soin, grâce à tout un processus qui permet aux soignants de les identifier, les comprendre et les gérer.

Bien qu'indispensable, ce concept semble mal connu par les soignants de terrain. En effet, l'IDE 1 confie qu'il n'a jamais entendu parler du concept de compétences émotionnelles ou d'intelligence émotionnelle. Cependant, il précise que, selon lui, la gestion des émotions est quelque chose qui s'apprend : « *ça s'apprend, je pense que ça s'apprend* », « *On passe tous par-là, par ce processus d'apprentissage* ». Cette notion d'apprentissage est également présente dans les propos des auteurs. Selon eux, l'intelligence émotionnelle n'est pas innée ; elle se construit tout au long de notre parcours, au fil des expériences personnelles et professionnelles.

Tout comme l'IDE 1, avant d'effectuer des recherches sur l'intelligence émotionnelle dans le cadre de ce MIRSI, je n'avais que très vaguement entendu parler de ce concept. Toutefois, après ces recherches, je me rends compte que ces compétences émotionnelles sont indispensables aux soignants, puisqu'elles permettent de gérer les émotions. En effet, j'ai développé précédemment les nombreux bénéfices que pouvaient avoir les émotions sur la prise en soin, mais aussi les nombreux risques que pouvaient engendrer une mauvaise gestion de ces émotions. Selon moi, l'apprentissage de la gestion des émotions, par le développement des compétences émotionnelles, va permettre aux soignants de pouvoir utiliser leurs émotions dans la prise en soin, en tirant les bénéfices tout en limitant les risques de perturbation de cette prise en soin. Je m'accorde également avec l'IDE 1 et les auteurs pour dire que l'intelligence émotionnelle est quelque chose qui s'apprend. En effet, en tant qu'étudiante infirmière, je vois déjà une évolution de la gestion de mes émotions au fil de mes stages. En troisième année, je suis plus en capacité de gérer mes émotions qu'en première année. Lors du tout premier décès dans le contexte d'un arrêt cardio-respiratoire, j'ai eu beaucoup de mal à gérer mes émotions. Ce décès a eu beaucoup d'impacts négatifs sur moi : je pleurais lorsque j'en parlais à mes proches, j'y repensais souvent. En troisième année, j'ai vécu d'autres situations tout aussi complexes émotionnellement, mais j'ai le sentiment d'être moins touchée négativement. Je ressens des émotions sur le moment, comme de la tristesse lors d'un

décès, mais ce n'est que sur le moment et j'arrive facilement à passer à autre chose lorsque je rentre chez moi.

Par ailleurs, selon Limousin (2016, p31), l'émotion comprend 3 phases différentes : d'abord la charge, qui correspond au déclenchement d'une alarme dans l'organisme avec la libération d'hormones spécifiques. Vient ensuite la phase de tension, qui permet au corps d'être prêt à agir ou à fuir. Pour finir, il y a la phase de décharge : l'expression de l'émotion permet à l'organisme de revenir à son état d'équilibre. L'expression semble donc indispensable à la gestion de l'émotion. C'est principalement ce que soulignent les infirmiers. Selon eux, exprimer ses émotions, en parler en équipe, à ses proches, permet d'aider dans la gestion des émotions. L'IDE 1 répète d'ailleurs plusieurs fois qu'il « *ne faut pas rester avec ça* ». Selon moi, parler des situations compliquées au niveau émotionnel peut effectivement aider à la gestion des émotions. En parler correspondrait à la phase de décharge décrite par Limousin, et permettrait donc à l'organisme de revenir à un état d'équilibre. Sans cette expression, cette « décharge » le corps resterait dans la phase de « tension ». En effet, on discute souvent de situations qui nous ont marquées avec des collègues de promotion. Je pense que cela m'aide à évacuer ce « trop plein » d'émotions, qui pourrait prendre trop de place par la suite et me perturber dans la prise en soin des patients. Les infirmiers interrogés parlent également d'autres méthodes pour gérer ses émotions, comme le sport, les activités extérieures... Je suis d'accord avec eux, puisque ces activités permettent de se défouler, de se vider la tête, et donc de contribuer à évacuer les émotions. Personnellement, je me rends à vélo en stage et je remarque que ce trajet à vélo m'aide vraiment à me vider la tête en rentrant après ma journée de stage.

Pour finir, un autre concept entre en jeu dans la gestion des émotions : la juste distance. Selon Bourdeaut (2006, p135), « *la raison la plus essentielle de cette juste distance (...) consiste en une mesure de protection contre l'usure et l'épuisement professionnel* ». C'est également ce que soulignent les infirmiers interrogés : selon eux, lorsque le soignant est trop proche du patient, il y a un risque de mauvaise gestion des émotions et de burn-out. C'est également ce que je pense. Dans ma deuxième situation d'appel, je suis trop proche du patient. Cette mauvaise gestion de la juste distance entraîne donc chez moi une mauvaise gestion de mes émotions à l'annonce du diagnostic. Pour gérer ces émotions, il me semble donc important de savoir mettre en place une juste distance adaptée : ni trop proche, ni trop loin. En effet, il ne faut pas être trop proche pour mieux gérer ses émotions, mais il ne faut pas être trop distant non plus puisqu'une trop grande distance serait également délétère pour la prise en soin. Dans le cadre théorique, Bourdeaut (2006, p136) explique que les soignants pourraient avoir tendance à « *mettre en place une trop grande distance, voire une absence afin d'éviter toute situation qui pourrait faire surgir des émotions non souhaitées chez eux* ». Certes, cette trop grande distance permettra aux soignants de mieux gérer leurs émotions, mais cela peut être délétère pour le patient qui ne va pas se sentir pris en compte. C'est ce que soulignent Michon (2013, p34) et les infirmiers interrogés : « *on ne va pas l'écouter* », « *ça donne l'impression au patient qu'il n'est pas pris en compte* ». Or, l'objectif de savoir gérer ses émotions est de pouvoir les utiliser, sans qu'elles ne soient

délétères à la prise en soin. Selon moi, il faut donc savoir adapter la distance entre le patient et le soignant : le soignant ne doit pas être trop proche pour pouvoir mieux gérer ses émotions ; mais il ne doit pas être trop distant, au risque que le patient ne se sente pas écouté et que la prise en soin soit ainsi perturbée (relation de confiance altérée entre le soignant et le soigné, source de stress pour le patient...).

Ma question de départ était : en quoi les émotions des soignants impactent-elles la prise en soin ? Pour y répondre, j'ai développé les nombreux bénéfices que pouvaient avoir les émotions sur la prise en soin. J'ai également développé les risques de perturbation de la prise en soin, lorsque ces émotions prennent trop de place chez le soignant et donc l'importance de savoir les gérer au quotidien. Il me semble important de rajouter la notion de « gestion des émotions » à ma question. De ce fait, la question de départ pourrait évoluer vers la question de recherche suivante : **En quoi la gestion des émotions chez le soignant est-elle nécessaire à la prise en soin ?**

6. Conclusion

Pour conclure ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je vais résumer mon chemin de réflexion. J'ai choisi de travailler sur les émotions des soignants puisque c'est un sujet auquel j'ai déjà été confrontée plusieurs fois lors de mes stages et auquel je serai confrontée tout au long de mon parcours professionnel. J'ai d'abord commencé par présenter des situations en lien avec le thème de mon mémoire : la gestion des émotions chez les soignants. Ces situations ont suscité des questionnements chez moi, puis ont débouché sur une question de départ : en quoi les émotions des soignants impactent-elles la prise en soin ? Afin de mieux exploiter cette question de départ, j'ai décomposé cette question en plusieurs concepts : le prendre soin, les émotions, l'intelligence émotionnelle, la juste distance et la gestion des émotions. J'ai ensuite commencé mes recherches théoriques en lisant plusieurs auteurs qui ont traité des concepts liés à cette question. Ces recherches m'ont permis de poser une base théorique avant d'interroger des professionnels de terrain. J'ai choisi d'interroger deux infirmiers travaillant en réanimation et au SMUR, deux milieux qui peuvent être compliqués émotionnellement parlant. Pour réaliser ces entretiens, j'ai d'abord rédigé un guide d'entretien avec des questions répondant à des objectifs précis. Ces entretiens m'ont permis de recueillir les paroles d'infirmiers régulièrement confrontés à leurs émotions, mais aussi à celles des patients et de leur entourage. Après avoir retranscrit les enregistrements audio des entretiens, j'ai procédé à l'analyse des propos des deux infirmiers. Les infirmiers m'ont beaucoup parlé de ce stress et c'est une notion que je n'avais pas exploré dans mon cadre théorique. J'ai donc décidé de reprendre les recherches afin de rajouter cette notion. La dernière étape de ce travail de recherche était la discussion : j'ai synthétisé les données obtenues lors de mes recherches théoriques et des entretiens. J'ai croisé les différentes données, tout en ajoutant ma réflexion personnelle et en me positionnant en tant que future professionnelle.

Ainsi, je peux conclure qu'il est indispensable de savoir gérer ses émotions. En effet, les émotions sont bénéfiques à la prise en soin : elles permettent de s'adapter aux différentes situations afin de proposer un accompagnement personnalisé à chaque patient. Elles peuvent également être utiles dans les situations d'urgence où le stress, s'il est bien géré, peut rendre plus vigilant et performant dans la prise en soin. Cependant, les émotions peuvent parfois être mal gérées et prendre trop de place chez le soignant, ce qui devient délétère pour la prise en soin : stress paralysant, conséquences sur la santé mentale et/ou physique des infirmiers, émotions perçues comme un signe de faiblesse ou un manque de professionnalisme... Il semble donc indispensable d'apprendre à gérer ses émotions, afin d'en tirer les bénéfices, sans que cela devienne délétère à la prise en soin. Pour donner suite à cette réflexion, j'ai donc fait évoluer ma question de départ en y ajoutant la notion de gestion des émotions : **en quoi la gestion des émotions chez le soignant est-elle nécessaire à la prise en soin ?**

Ce travail de recherche m'a permis de prendre du recul sur le sujet de la gestion des émotions. Mon point de vue a évolué : j'ai d'abord abordé les émotions du point de vue de l'étudiante, avec des doutes et des questionnements. À ce jour, je les perçois d'un point de vue plus professionnel. En ce qui concerne mon vécu et mon ressenti, je dirai que ce travail de recherche a contribué à l'élaboration de ma posture professionnelle. J'ai le sentiment d'avoir grandi et gagné en maturité d'un point de vue professionnel. Ce travail a été enrichissant, puisque les recherches du cadre théorique m'ont permis d'acquérir des connaissances plus poussées sur le sujet des émotions, mais également de prendre soin. J'ai pu me rendre compte, grâce aux infirmiers de terrain interrogés, qu'il est normal de ressentir des émotions en tant que soignant.

Au cours de l'écriture de ce MIRS, j'ai rencontré quelques difficultés. Au cours de la conception du cadre théorique, je me suis rendu compte que mes recherches m'apportaient beaucoup de données, qu'il allait falloir trier et sélectionner afin de rédiger quelque chose d'assez fluide. Cette étape fut assez difficile et assez chronophage. Une autre difficulté s'est présentée au début de la discussion : j'ai eu du mal à exprimer ma propre réflexion sur le sujet. Cela me paraissait compliqué, puisque depuis le début, j'écrivais l'avis d'autres personnes. Puis, une fois la réflexion lancée et mon plan établi, j'ai facilement pu développer mes idées.

Ce travail de recherche me sera utile tout au long de ma future pratique professionnelle, puisque je serai toujours confrontée à des situations qui peuvent engendrer des émotions chez le soignant. Avoir approfondi la notion de gestion des émotions me semble donc important pour l'exercice futur de ma profession. Je ferai en sorte de garder en mémoire les propos des auteurs et des infirmiers : un soignant ressent forcément des émotions car un soignant est avant tout un humain. Cependant, il ne faut pas forcément les chasser, mais plutôt apprendre à les gérer, à les maîtriser, afin d'en tirer les bénéfices dans la prise en soin.

Bibliographie

Sites web :

- Larousse. (s. d.). Émotion. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 24 février 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>
- Larousse (s. d.). Distance. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 24 février 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042>
- *Missions*. (2022). Association Soins aux Professionnels de la Santé. Consulté le 5 mars 2023 sur <https://www.asso-sps.fr/association/missions>

Ouvrages :

- Mikolajczak, m. (2014). Les émotions. Dans Mikolajczak, M. (dir.), *Les compétences émotionnelles* (p. 11-35). Dunod.
- André, C. (2014). Peut-on gérer ses émotions ?. Dans J-F. DORTIER (dir.), *Le cerveau et la pensée* (pp. 291-299). Éditions Sciences Humaines.
- Dortier, J-F. (2014). Les émotions en questions. Dans J-F. DORTIER (dir.), *Le cerveau et la pensée* (pp. 271-277). Éditions Sciences Humaines.
- Prayez, P. (2006). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Lamarre
- Hesbeen, W. 1997. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soins infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans Formarier, M. et Jovic, L. (Dir.). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Pronost, A-M. (2012). Le stress. Dans Formarier, M. et Jovic, L (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Fournier, R. (1965). *A Nous Deux*. Cercle du livre de France

Articles :

- Limousin, V. (2016). Les émotions au travail, ou comment mettre de l'ordre dans nos réactions. *Métiers de la petite enfance* (n°235), pp. 30-32
- Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Éthique et Santé*, 3, pp. 133-137
- Dumas, I. et Didry, P. (2019). Compétences émotionnelles et mieux être au travail. *La Revue de l'Infirmière* (n°256), pp. 33-34

- Michon, F. (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins* (n°773), pp. 32-24
- Blanchard, F., Morrone, I., Ploton, L. et Novella, J-L. (2006). Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect. *Gérontologie et société*, 29 (n°118), pp. 19-26
- Favetta, V et Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière, Contributions infirmières au « prendre soin ». *Recherches en Soins Infirmiers* (n°107), pp. 60-75
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin. *Soins Aides-Soignantes* (n°81), pp. 12-14
- Borenstein, M. (2018). Les soignants et leurs émotions au quotidien. *Soins pédiatrie-puériculture* (n°304), pp. 10-12
- Lord-Gauthier, J., De Montigny, F. et Bouchard, S. (2016). Le stress au travail, savoir y faire face. *Perspective Infirmière*, 13 (n°5), pp. 21-25

Annexes

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien IDE 1 (réanimation)

Annexe III : Retranscription entretien IDE 2 (SMUR)

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Maurine. Je suis étudiante en 3^{ème} année à l'IFSI du CHU de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien. J'effectue cet entretien dans le cadre de mon Mémoire D'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, qui porte sur la gestion des émotions des soignants. Cet entretien sera confidentiel et anonyme. M'autorisez-vous à enregistrer l'entretien ?

Objectifs	Questions principales	Questions de relance
Établir le profil et le parcours professionnel de la personne interviewée	Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre parcours professionnel ?	<i>Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? Dans quels services avez-vous exercé ?</i>
	Pouvez-vous me parler de situations qui ont suscité chez vous de vives émotions dans votre pratique infirmière ?	<i>Quelles émotions cette situation a provoqué chez vous ? Pourquoi pensez-vous que cette situation ait déclenché des émotions ?</i>
Recenser les émotions fréquemment ressenties par les soignants sur le terrain et identifier leur rôle	Quelles sont les émotions les plus récurrentes dans votre exercice ?	
	Selon-vous quel rôle les émotions peuvent-elles avoir dans la prise en soin ?	<i>Quelle fonction peuvent-elles avoir ? Comment utilisez-vous les émotions dans votre prise en soin ?</i>
Mettre en évidence les ressources et moyens de gestion des émotions à disposition des professionnels	Selon vous, vaut-il mieux cacher ses émotions ou les exprimer ?	<i>Pourquoi ? Quelles sont les conséquences, positives ou négatives, de les cacher / quelles sont les conséquences positives ou négatives de les exprimer ?</i>
	Connaissez-vous des méthodes de gestion des émotions ?	<i>Lesquelles ? Utilisez-vous certaines de ces méthodes ?</i>
	L'établissement où vous exercez propose-t-il des moyens de gestion des émotions ?	<i>Lesquelles ?</i>
	Pour vous, que représentent les « compétences émotionnelles » (ou « intelligence émotionnelle ») ?	<i>A quoi servent ces compétences dans la prise en soin ?</i>
Préciser la définition du prendre soin par les professionnels du terrain	Qu'est-ce que « le prendre soin » selon vous ?	<i>Que signifie « prendre soin » d'un patient ? Qu'est-ce que vous faites globalement ?</i>
Identifier la place des émotions dans le prendre soin	Selon vous, quelles sont les répercussions des émotions des soignants sur la prise en soin ?	<i>Quelles conséquences sur la prise en soin ? Pour le patient et pour le soignant ?</i>
Préciser les enjeux de la juste distance dans la relation soignant-soigné :	Comment mettez-vous en pratique la juste distance ?	<i>Que faites-vous pour être dans la juste distance ?</i>
	Selon-vous, quels seraient les risques d'une distance mal ajustée, pour le soignant et pour le patient ?	<i>Quels sont les risques d'être trop proche de son patient, ou au contraire pas assez proche ? Pour le soignant ? Et pour le patient ?</i>

	Pensez-vous que cette juste distance peut avoir un impact sur les émotions ressenties par le soignant ?	<i>Quel impact ?</i>
Permettre à la personne d'élargir le sujet et d'aborder ce qui n'a pas pu l'être par les questions	Avez-vous quelque chose à ajouter ?	

Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses.

Annexe II : Retranscription entretien IDE 1 (réanimation)

ESI = Étudiant en soins infirmiers = intervieweur

IDE 1 = infirmier en réanimation = interviewé

ESI : Peux-tu te présenter, ainsi que ton parcours professionnel ?

IDE 1 : J'ai 27 ans, je suis diplômé depuis juillet 2018, et depuis juillet 2018 je travaille en réanimation.

ESI : D'accord, donc c'est le seul service où tu as travaillé ?

IDE 1 : Oui, c'est le seul service où j'ai été.

ESI : Peux-tu me parler de situations qui ont suscité chez vous de vives émotions dans votre pratique infirmière ?

IDE 1 : Oulah... Des émotions... Ça a souvent été des situations... Ma première gestion de situation urgente en réanimation. Je venais tout juste d'arriver. Les médecins font leur tour et ils me disent, « surtout il ne faut pas que le patient descende en dessous de 80 de systolique ». Je dis « ok, pas de soucis ». C'est une sortie de bloc opératoire. Je sors de la chambre, je vais faire autre chose, je reviens, et il n'avait plus que 50 de systolique. Du coup, c'était ma première situation où on m'a dit « va chercher du monde », parce que le médecin avait déjà commencé à masser. Donc je vais chercher du monde et, clairement, je me suis retrouvé un peu... désemparé. Je regardais un peu ce qu'il se passait et je me suis dit bon, le diplôme c'est bien, mais maintenant, faut y aller quoi. Voilà, c'est une situation où je me suis retrouvé un peu désemparé, pas forcément stressé mais clairement j'étais dans un autre monde et je regardais ce qu'il se passait, quoi.

Sinon, je ne suis pas quelqu'un qui va être triste, oui il y a des moments tristes, difficiles, des décès difficiles. On en a fait un encore il y a 3 semaines, une dame qu'on connaît depuis très longtemps, qui avait une assistance monoventriculaire, qu'on a greffée, qui était revenue plusieurs fois chez nous. Une femme jeune, 35 ans, avec des enfants encore en bas âge. La greffe a été très très compliquée, le post opératoire aussi et elle est décédée un dimanche. Donc voilà un événement un peu marquant, parce qu'on la connaissait bien cette dame-là. Mais je n'ai pas eu d'événements tristes non. Choquant, ouais une fois on a ouvert un thorax en chambre. Là aussi tu regardes le chirurgien faire, tu te dis ah ouais quand même. Mais sinon je n'ai pas d'autre situations qui m'a plus marqué que ça.

ESI : Et du coup, la situation où tu as dit que tu étais désemparé, pourquoi tu penses que ça a déclenché ça chez toi ?

IDE 1 : Parce qu'on n'est jamais prêt. On a beau avoir fait un stage en réanimation, avoir vécu d'autres situations d'urgence dans d'autres stages. Quand on est vraiment professionnel et qu'on est acteur de tout ça, on n'est jamais prêt. L'école essaie de nous préparer le mieux possible, les stages aussi, mais on

est toujours un peu dans cette position de stagiaire, d'étudiant, mais par contre quand c'est notre patient... Mais je sais que je ne suis pas le seul, c'est pour tout le monde pareil, on passe tous par-là, par ce processus d'apprentissage. Quand je vois des jeunes diplômés qui arrivent chez nous, ils se noient aussi à la première situation d'urgence, mais ça fait partie du processus.

ESI : Quelles sont les émotions les plus récurrentes dans ton exercice ?

IDE 1 : Je pense que c'est soit la tristesse, soit le stress. La tristesse parce qu'on accompagne les familles, c'est ça le plus difficile, c'est les familles. Les familles à gérer, c'est très difficile. Et les situations de stress, parce qu'on a cette pression, les médecins sont stressés aussi, certains transmettent leur stress sur des situations qui sont urgentes mais où il n'y a pas forcément besoin de stresser. Voilà, c'est un peu les 2 émotions qu'on retrouve principalement dans notre service.

ESI : Selon toi, quel rôle les émotions peuvent-elles avoir dans la prise en soin ?

IDE 1 : Elles sont importantes. Elles sont importantes parce qu'on fait un métier humain, on n'est pas des robots, et que si on avait zéro émotion, on ne serait pas bons. On ne serait pas des bons soignants. L'émotion fait partie de notre quotidien, il faut savoir la gérer. Il faut se dire, les patients sont dans des positions vulnérables. Clairement, ils sont scotchés dans un lit et ils ne peuvent pas faire grand-chose. Donc c'est à nous d'avoir de l'empathie, d'essayer de... on ne pourra jamais se mettre à leur place mais essayer de les comprendre, de les accompagner. C'est stressant pour eux, pour leur famille, même si ça se passe bien. Si on n'avait pas d'émotions, on ne serait pas bons dans l'accompagnement, on ne serait pas bons auprès des patients.

Ça nous sert aussi dans notre pratique. Si on n'avait pas d'émotions, on passerait à côté de certaines choses. Un exemple tout bête, un patient qui fait que de se plaindre, et qui te dit « ah c'est bizarre, j'ai vraiment très mal là », si t'as pas un minimum d'émotions, tu vas te dire « oh, il se plaint comme d'habitude quoi », alors qu'en fait il a vraiment une vraie douleur et il peut y avoir une hémorragie derrière.

ESI : Selon toi, vaut-il mieux cacher ses émotions, ou les exprimer ?

IDE 1 : Ça dépend de la personnalité de chacun... Moi je les cache, parce que c'est ma personnalité. Mais je pense qu'il vaut mieux en parler. Il ne faut pas rester avec ça. Je vois des collègues qui parfois n'en parlent pas, et tu apprends 2 ou 3 jours après que la personne fait que de pleurer en rentrant chez elle quoi. Donc il faut en parler, il ne faut pas rester avec ça, il n'y a pas de honte. J'ai beaucoup de collègues qui pleurent, qui en parlent, mais parfois c'est des larmes de joie. Il n'y a pas que de la tristesse en réanimation et heureusement.

Mais non il faut en parler, il ne faut pas rester avec ça, parce que si on n'est pas serein dans son travail, ça va se ressentir. Donc après si c'est pour que la famille en pâtisse et tout... ce n'est pas la bonne solution.

ESI : Quelles sont les conséquences (positives ou négatives) de les cacher ou de les exprimer ?

IDE 1 : Je pense que les cacher c'est montrer qu'on est fort, je ne dis pas que c'est bien, mais c'est montrer qu'on est fort devant le patient, devant les familles. Alors que, parfois, montrer sa tristesse devant une famille, je ne dis pas que je suis pour, ça peut montrer à la famille qu'on est touché par leur histoire, qu'on est touché par ce qu'il se passe. Enfin pleurer... avoir une petite larme quoi, montrer sa tristesse. Ça peut aussi être positif, ça peut montrer à la famille qu'on fait tout ce qu'on peut pour le patient.

Les cacher, je ne pense pas qu'il y ai de point positif à cacher ses émotions.

ESI : Est-ce que tu connais des méthodes de gestion des émotions ?

IDE 1 : La méthode la plus utilisée, c'est le fait de se réunir et de parler en équipe. C'est du classique, on le répète à chaque fois mais voilà, c'est important. Pour d'autres ça va être le sport. Certains aiment bien aussi avoir 20-30 minutes pour rentrer chez eux, parce qu'ils sont tout seuls. Ils sont tout seuls, ils rentrent, ils ont 20-30 minutes de voiture et ça leur permet d'évacuer un peu cette journée de stress, d'émotions. Voilà, le sport, le yoga, des activités extérieures, des loisirs et le fait de parler avec son équipe.

ESI : Ok, et du coup toi tu utilises certaines de ces méthodes ?

IDE 1 : Je fais du sport. Après, ma personnalité fait que je ne suis pas un grand parleur. Je parle rarement de situations difficiles, que ce soit avec mes collègues ou avec mes proches. Mais c'est important. Dès fois on en parle avec des collègues, ils en ont besoin. Ils en ont besoin et c'est important.

ESI : L'établissement où tu exerces propose-t-il des moyens de gestion des émotions ?

IDE 1 : Oui, mais elles ne sont pas adaptées. On a un psychologue qui vient dans le service, qui est attaché au pôle. Certains membres de l'équipe avaient demandé à rencontrer ce psychologue de manière un peu informelle, avec toute l'équipe. Lui n'était pas contre, mais on nous a dit que pour ça, il y avait la médecin du travail. Donc non, pour moi l'établissement ne propose pas de moyens, enfin s'ils proposent des choses, elles ne sont pas adaptées.

ESI : Pour toi, que représentent les « compétences émotionnelles » (ou « intelligence émotionnelle ») ?

IDE 1 : Je n'ai jamais entendu parler du concept de « compétences émotionnelles » ou « d'intelligence émotionnelle ».

ESI : Qu'est-ce que « le prendre soin » selon toi ?

IDE 1 : Le prendre soin, ça rejoint un peu plusieurs concepts, comme l'empathie, l'accompagnement. Et on va dire que pour prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi. Ça on me l'a toujours

répété à l'école, notamment une formatrice qui était vraiment dans le prendre soin. Elle nous a toujours dit, si vous ne prenez pas soin de vous, vous ne pourrez pas prendre soin des autres. Donc le prendre soin c'est vraiment accompagner les patients de différentes façons, tout en gardant une certaine distance, mais en étant empathique et en essayant de les comprendre.

ESI : Ok. Quelles sont les répercussions des émotions des soignants sur la prise en soin selon toi ?

IDE 1 : Je pense que...les émotions, à l'instant T, si je prends une situation d'urgence, à l'instant T, certaines émotions peuvent te faire perdre tes moyens. Ça peut engendrer un stress important, et clairement te faire perdre tes moyens et te faire faire n'importe quoi. C'est pour ça que c'est important de savoir les gérer, ça s'apprend, je pense que ça s'apprend. Quand je repense à ma première situation d'urgence, je n'étais pas là, clairement je n'étais pas là. Mais j'ai appris, j'ai appris en regardant, et maintenant je pense que je sais gérer mes émotions sur une situation d'urgence. Peut-être pas sur toutes, parce que je n'ai pas été confronté à tout. Mais je sais que sur certaines situations je suis capable de gérer mes émotions, et ça me permet d'être plus performant dans la prise en charge de l'urgence.

ESI : Comment est-ce que tu mets en pratique la juste distance ?

IDE 1 : Je pense qu'il faut... Il faut savoir être présent pour les patients. Après la juste distance, c'est toujours compliqué parce que, plus les patients restent, plus on s'attache. Si je prends l'exemple de notre service, des fois on n'a pas le temps de s'attacher aux patients, parce qu'ils repartent dès le lendemain. Mais par contre on a toujours des patients qui vont rester des semaines voire des mois, et forcément on s'attache au patient, on s'attache à la famille. Donc, ce qui est bien, c'est que chez nous on tourne, donc on ne reste pas toujours avec le même patient. Ça nous permet de prendre du recul et de laisser la main à d'autres personnes, donc ça c'est bien pour la juste distance. Et puis parfois il faut savoir recadrer le patient, parce que souvent plus le patient reste, plus on s'attache, et plus on essaye d'être... comment dire... j'emploie un terme un peu grossier mais d'être « mignon » avec le patient, et plus le patient va prendre ses aises. Et après, la prise en soin va être de plus en plus difficile. Parce que le patient va te dire « ben non ça je ne veux pas maintenant » ou voilà... Il faut savoir être présent, mais il faut mettre une juste distance en le recadrant quand on voit que... il faut poser un cadre.

ESI : Selon-toi, quels seraient les risques d'une distance mal ajustée, pour le soignant et pour le patient ?

IDE 1 : Le risque c'est de passer à côté de quelque chose. Le fait d'être trop proche du patient, de trop être dans le cocooning, on va être trop docile et on peut passer à côté d'une défaillance, d'oublier de remonter des informations au médecin... On est trop proche, on s'attache trop et on ne gère pas bien nos émotions. Si on est trop distant, ça sera la même chose, on ne va pas l'écouter, alors que certaines informations seraient utiles pour la prise en charge. Et ça peut engendrer des problèmes quoi.

ESI : Du coup, est-ce que tu penses que cette juste distance peut avoir un impact sur les émotions ressenties par le soignant ?

IDE 1 : Oui oui oui. Si on est trop proche du patient, je pense qu'on s'attache et on ne gère pas bien nos émotions. Et le jour où il faut intervenir sur une situation d'urgence ou essayer de poser un cadre avec le patient, et ben c'est trop tard. Donc oui, ça joue énormément.

ESI : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

IDE 1 : Non. En tout cas c'est une très bonne idée de mémoire, parce qu'il y a beaucoup de choses à dire sur ce sujet et que je trouve que l'école ne nous prépare pas assez à tout ça. Donc c'est très bien de te questionner sur la gestion des émotions pour ta future pratique.

Annexe III : Retranscription entretien IDE 2 (SMUR)

ESI = Étudiant en soins infirmiers = intervieweur

IDE 2 = infirmier en SMUR = interviewé

ESI : Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre parcours professionnel ?

IDE 2 : Je suis infirmière diplômée depuis 2005, j'ai commencé à travailler aux urgences, directement, dans un petit hôpital local. J'y suis restée 9 ans, avec des passages en salle de réveil aussi où j'ai travaillé un petit peu. Après, il y a eu une antenne SMUR qui s'est créée dans la ville où je travaillais, et de là j'ai été mutée pour travailler sur cette antenne SMUR. Du coup j'étais rattachée au SAMU d'un CHU. Et j'y ai travaillé pendant 7 ans. J'ai pris une dispo l'année dernière parce que j'ai fait un burn out.

ESI : Pouvez-vous me parler de situations qui ont suscité chez vous de vives émotions dans votre pratique infirmière ?

IDE 2 : En SMUR, je suis partie sur une intervention où une jeune fille s'est pendue dans sa chambre. J'étais plutôt choquée, et je n'ai pas très bien vécu le après de l'intervention. Sur le moment ça a été, mais c'est le après.

ESI : Ça a suscité quelles émotions chez vous cette situation ?

IDE 2 : Je pense que j'ai fait un stress post-traumatique. C'est-à-dire que je ne dormais plus très bien, je ne parlais que de ça. Il a fallu que je fasse une méthode d'hypnose EMDR pour essayer de désacraliser un peu tout ce que j'ai vécu à ce moment-là.

ESI : Pourquoi pensez-vous que cette situation ait déclenché ces émotions chez vous ?

IDE 2 : Alors je me suis retrouvée dans cette situation où la jeune fille était décédée, et elle était même en raideur cadavérique, elle était toute froide avec les membres qui se raidissaient déjà. Nous on est arrivés avec la situation où c'était la famille voulait absolument qu'on essaye, qu'on tente quelque chose. Je crois que c'est cette étape-là en fait, je savais qu'on ne pourrait pas sauver la jeune fille, et on a essayé quelque chose qui était inutile. Moi ça m'a... ça m'a... Je sais que c'était bien pour la famille, que c'était important pour eux qu'on puisse essayer de faire quelque chose. Enfin pour les étapes du deuil tout ça, c'était important. Mais pour nous, soignants, alors qu'on savait qu'on n'allait pas pouvoir la sauver... Moi c'est quelque chose qui m'a beaucoup choquée en fait. Maintenant, pourquoi je me suis retrouvée dans cet état... Enfin oui je pense que c'était ça, c'était inutile de faire ce qu'on a fait, et moi de l'avoir fait je pense que ça m'a beaucoup perturbée.

ESI : Quelles sont les émotions les plus récurrentes dans votre exercice ?

IDE 2 : En SMUR, il y avait quand même pas mal de décharge d'adrénaline régulièrement, quand on part en intervention, beaucoup de stress à gérer. Mon émotion à ce moment-là...en fait je ne peux pas dire que je ressens une émotion particulière, je me mets dans ma bulle pour être hyper concentrée.

ESI : Selon vous, quel rôle les émotions peuvent-elles avoir dans la prise en soin ?

IDE 2 : Il ne faut pas qu'elles aient trop d'impact...Effectivement si tu connais la personne que tu soignes, tu n'es pas du tout impartial. Il vaut mieux prendre beaucoup de recul. Il faut être empathique, mais pas trop impliqué, car tu sais que tu as toute une logique à penser, une réflexion infirmière. Toutes les procédures, les protocoles à assurer... On peut vite être parasité par l'affect et ça peut perturber la prise en charge. Je me souviens d'une situation où je me suis retrouvée à prendre en charge mon collègue. Je me suis retrouvée à trembler de partout, à être stressée, à ne pas raisonner de la même façon que quand je ne connais pas le patient.

Après, quand l'émotion qui domine est le stress, c'est utile car ça me permet d'être hyper vigilante. Je surveille très régulièrement les constantes, l'état clinique du patient... Le stress fait que t'es hyper vigilant.

ESI : Selon vous, vaut-il mieux cacher ses émotions, ou les exprimer ?

IDE 2 : Sur des annonces compliquées, je me mets beaucoup en retrait en fait. Pleurer, verser une larme devant une personne qui est déjà en état de choc, je ne suis pas sûre qu'elle s'en souvienne beaucoup. Enfin moi ça ne me choque pas d'accompagner un patient avec nos propres émotions. Ça m'est déjà arrivé de verser une larme auprès d'une famille qui venait de perdre un proche. Après moi j'ai tendance aussi à me préserver, donc c'est vrai que j'ai tendance à être mutique et à laisser la personne, j'accompagnais mais j'étais dans le silence quoi.

ESI : Quelles sont les conséquences (positives ou négatives) de les cacher ou de les exprimer ?

IDE 2 : Je crois que je n'ai jamais vraiment caché mes émotions, je suis de nature hypersensible alors ça se voit tout de suite sur moi. C'est hyper subjectif d'exprimer ses émotions ou pas. Quand je suis triste je suis triste, quand je suis en colère je suis en colère et ça se voit tout de suite. Après est ce que c'est positif ? Ça m'a servi comme ça m'a desservi des fois. Au jour d'aujourd'hui, j'ai arrêté le SMUR car il y j'avais trop d'émotions négatives. Mais c'est aussi l'hôpital, enfin c'est tout un contexte en fait. Je trouve ça bien de pouvoir être authentique en tant que soignant, il faut être vrai quoi.

ESI : Connaissez-vous des méthodes de gestion des émotions ?

IDE 2 : Moi je fais beaucoup d'introspection, je me mets dans ma bulle. J'ai aussi tendance à faire de la cohérence cardiaque, des exercices de respiration pour faire baisser un peu le rythme cardiaque et être moins dans le stress.

ESI : L'établissement où vous exercez propose-t-il des moyens de gestion des émotions ?

IDE 2 : Pas du tout. Niveau psychologie, niveau techniques de gestion, rien du tout. On est un peu seul dans la gestion de nos émotions, il n'y a pas de soutien. Avec l'équipe soignante du SMUR, on avait tendance à rire de tout pour se détacher. On arrivait aussi à prendre du temps pour débriefer, mais il ne fallait pas trop montrer ses faiblesses sinon on se faisait écraser. Ce n'était pas toujours très sain.

ESI : Pour vous, que représentent les « compétences émotionnelles » (ou « intelligence émotionnelle ») ?

IDE 2 : Ça permet d'être hyper vigilant sur la prise en charge. On a beau voir les chiffres du scope par exemple, la tension et tout ça, si t'as cette intelligence émotionnelle là ça te sert.

ESI : Qu'est-ce que « le prendre soin » selon vous ?

IDE 2 : On peut mettre plein de choses là-dedans... Prendre soin c'est déjà la clinique, la surveillance du patient, l'état émotionnel de ton patient, ses besoins primaires, s'il a froid, s'il a chaud... Enfin c'est tellement de choses. Moi j'essayais de faire en sorte que le patient soit le plus confortable possible, même s'il est intubé ou quoi que ce soit. J'essayais de me projeter sur ce que je voudrais : j'aimerais être couverte, avoir moins de bruit, avoir une lumière plus apaisante... C'est plein de petit détails mis bout à bout qui font que la prise en charge se passe bien.

ESI : Selon vous, quelles sont les répercussions des émotions des soignants sur la prise en soin ?

IDE 2 : Le fait d'être stressé, je pense que c'est plutôt positif car t'es hyper vigilant. Si t'es triste, tu communique ta tristesse au patient. Tu accompagnes mais d'une autre façon. Après est-ce que c'est bien ou pas, je ne sais pas. Après on arrive toujours à créer un lien particulier. Enfin si t'es triste pour un patient, c'est généralement qu'il s'est passé quelque chose qui te rappelle à ton histoire à toi, et ça te fait une petite forme de connexion avec le patient. Je ne trouve pas ça malsain, et pour la prise en charge, c'est très bienveillant en fait. De la colère sur une intervention, je n'en ai jamais vécu ; à part contre mes collègues car je n'aimais pas comment ils travaillaient. Mais ça n'a pas été au détriment du patient, parce que l'agacement que je pouvais avoir envers mes collègues, le fait que je n'avais pas confiance en eux, je le transformais en hypervigilance pour le patient.

ESI : Comment mettez-vous en pratique la juste distance ?

IDE 2 : En intervention, le fait que la prise en charge soit courte, cela me permettait de ne pas m'investir de trop.

ESI : Que faites-vous pour être dans la juste distance ?

IDE 2 : Je ne sais pas si je suis dans la juste distance en fait, je pense l'être. Après j'ai une forte empathie, mais elle est respectueuse, je ne suis pas envahissante. Je sais que j'ai une collègue qui allait plus loin,

elle allait prendre des nouvelles des patients et elle allait même les voir dans leurs chambres des fois. Ça je trouve ça inutile et pas forcément sain, ni pour le soignant ni pour le soigné. Il faut être dans l'empathie mais rester à sa place, dans son rôle, ne pas être dans l'envahissement.

ESI : Selon-vous, quels seraient les risques d'une distance mal ajustée, pour le soignant et pour le patient ?

IDE 2 : Je trouve que ce n'est pas professionnel d'aller trop loin, d'être envahissant. Et le risque pour le soignant c'est de faire un burn out, à force de trop être dans l'affect auprès du patient. Et pour le soigné, je ne vois pas trop l'intérêt d'avoir un soignant trop envahissant pour soi. Enfin je ne sais pas, c'est vraiment très personnel.

Sinon, une trop grande distance ça peut être plus embêtant pour le soigné que pour le soignant : ne pas prendre en compte ses angoisses, etc. Certains médecins ou infirmiers sont tellement dans le contrôle de la technique et tout ça, qu'ils ne communiquent pas assez avec le patient. Du coup ils utilisent le jargon médical sans faire d'effort pour la communication avec le patient et c'est un facteur de stress énorme pour le patient. Et ça c'est délétère je trouve, pour la prise en charge. Une distance trop importante, ça donne l'impression au patient qu'il n'est pas pris en compte, d'être juste un corps et un organe défaillants. J'ai vu plusieurs patients pleurer parce que les mots n'étaient pas réconfortants, de la part du médecin, enfin je te parle des médecins parce que souvent c'est eux qui annoncent. Les médecins qui étaient très froids, avec beaucoup de distance, pour ne pas se faire mal hein. Du coup, le patient, lui il était dans un état de stress intense, avec les émotions qui... les larmes qui coulaient, l'angoisse, la peur, tout ça ça surgissait d'un coup. Souvent moi j'étais là pour... pas pour réconforter mais... essayer de diminuer ce stress avec des paroles douces, ou juste une main... Être là, être présent quoi, pour essayer de diminuer ce stress et reformuler en fait, reformuler avec des mots plus simples pour que le patient soit apaisé.

ESI : Pensez-vous que cette juste distance peut avoir un impact sur les émotions ressenties par le soignant ?

IDE 2 : Dans la situation que je te décrivais où tu as un soignant qui va être froid, très distant, et ben moi je vais contrebalancer en étant encore plus bienveillante pour le patient. Dans mes émotions à moi, ce que je vais ressentir... ça va être plus de la compassion pour le patient, j'essaie de me mettre à sa place. Et cette émotion, elle ne m'est pas désagréable à vivre, c'est là où j'ai vraiment l'impression d'être utile et d'accompagner en tout cas.

ESI : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

IDE 2 : Là moi je t'ai décrit des choses qui n'étaient pas toujours faciles à vivre. Je sais que ce qui m'a manqué au SMUR c'était un accompagnement, un vrai soutien psychologique, avec des vrais psychologues et des vrais psychiatres qui font des débriefings avec nous. Ce que je regrette au SMUR,

c'est qu'on nous a toujours dit qu'on pouvait aller voir la CUMP, si on en avait besoin. Mais le problème c'est que l'ambiance générale du SMUR fait que si tu y vas, que tu montres un signe de faiblesse, je ne suis pas sûre que ça soit bien vu par le reste de l'équipe. Alors qu'on est tous amenés à vivre des situations qui sont tellement difficiles, que ça devrait être obligatoire d'avoir une réunion une fois par mois pour parler de ces situations compliquées. Parce qu'on a tous nos histoires... et ouais, je pense qu'on peut partir un petit peu... c'est pas qu'on part en vrille, enfin moi ça m'a abîmée ces années au SMUR. J'ai vu des choses que je ne souhaite à personne. J'ai même vécu des situations de stress intenses où j'ai cru que ma vie était en danger quoi... et ça je ne le souhaite à personne.

Annexe IV : Les tableaux d'analyse des entretiens

Objectif : Établir le profil et le parcours professionnel de la personne interviewée			
	IDE 1	IDE 2	
IDE peu expérimenté	« Diplômé depuis juillet 2018 » « C'est le seul service où j'ai été »		2
IDE expérimenté		« Passages en salle de réveil. » « J'ai été mutée pour travailler sur cette antenne SMUR (...) j'y ai travaillé pendant 7 ans. » « Infirmière diplômée depuis 2005. » « J'ai travaillé à commencer aux urgences (...) j'y suis restée 9 ans. »	4

Objectif : préciser la définition du prendre soin par les professionnels du terrain			
	IDE 1	IDE 2	
Un concept vaste	« Ça rejoint un peu plusieurs concepts »	« Plein de choses » « C'est tellement de choses. » « Plein de petits détails mis bout à bout qui font que la prise en charge se passe bien »	4
Accompagner	« Accompagnement » « Accompagner les patients de différentes façons »		2
Empathie	« Comme l'empathie » « En étant empathique et en essayant de les comprendre. »	« Me projeter sur ce que je voudrais. »	3
Veiller au confort du patient		« Faire en sorte que le patient soit le plus confortable possible » « L'état émotionnel » « Les besoins primaires, s'il a froid, s'il a chaud... »	3
Surveillance du patient		« La surveillance » « La clinique »	2

Objectif : Identifier les éléments déclencheurs d'émotions chez les soignants					
		IDE 1	IDE 2		
Situations d'urgence		« Ma première gestion de situation urgente en réanimation » « Stress » « Les médecins sont stressés aussi, certains transmettent leur stress. »	« Décharge d'adrénaline » « Beaucoup de stress à gérer »		5
Situations d'échec	Décès	« Des décès difficiles »	« Une jeune fille s'est pendue dans sa chambre » « La jeune fille était décédée, et elle était même en raideur cadavérique. »	3	6
	Sentiment d'impuissance		« Je savais qu'on ne pourrait pas sauver la jeune fille, et on a essayé quelque chose qui était inutile » « Alors qu'on savait qu'on ne pourrait pas la sauver... » « C'était inutile de faire ce qu'on a fait »	3	
Situations où la famille du patient est présente		« On accompagne les familles, c'est ça le plus difficile, c'est les familles. »	« Nous on est arrivés avec la situation où c'était la famille qui voulait absolument qu'on essaye, qu'on tente quelque chose. » « Je sais que c'était bien pour la famille, que c'était important pour eux. »		3
Manque de préparation		« Parce qu'on n'est jamais prêts » « On a beau avoir fait un stage en réanimation, avoir vécu d'autres situations d'urgence dans d'autres stages, quand on est vraiment professionnel, et qu'on est acteur et tout ça, on n'est jamais prêts. »			2

Objectif : Recenser les émotions fréquemment ressenties par les soignants sur le terrain					
		IDE 1	IDE 2		
Émotions ressenties sur le moment	Désemparement, état second	« Je me suis retrouvé un peu... désemparé. » « Où je me suis retrouvé un peu désemparé. » « J'étais dans un autre monde et je regardais ce qu'il se passait. » « Certaines émotions peuvent te faire perdre tes moyens. » « Te faire perdre tes moyens et te faire faire n'importe quoi. »	« On peut vite être paralysé par l'affect »	6	19
	Stress	« Stress »	« Décharges d'adrénaline » « Beaucoup de stress à gérer ».	4	
	Choc	« Choquant »	« C'est quelque chose qui m'a beaucoup choquée en fait » « J'étais plutôt choquée. »	3	
	Tristesse	« Beaucoup de collègues qui pleurent » « Tristesse »	« Ça m'est déjà arrivé de verser une larme auprès d'une famille qui venait de perdre un proche »	4	
	Émotions positives	« Parfois c'est des larmes de joie » « Il n'y a pas que de la tristesse en réanimation »		2	
Conséquences à posteriori de la situation	Conséquences psychologiques	« La personne fait que de pleurer en rentrant chez elle. »	« Je pense que j'ai fait un stress post-traumatique. » « Je n'ai pas très bien vécu le après de l'intervention. » « Sur le moment ça a été, mais c'est le après. »	4	5
	Conséquences physiologiques		« Je ne dormais plus très bien »	1	

Objectif : Identifier la place des émotions dans le prendre soin					
		IDE 1	IDE 2		
Conséquences négatives sur la prise en soin	Perturbation de la prise en soin		« Ça peut perturber la prise en charge »	1	4
	Perte de la maîtrise de soi	« Certaines émotions peuvent te faire perdre tes moyens. » « Te faire perdre tes moyens et te faire faire n'importe quoi. »	« On peut vite être paralysé par l'affect »	3	
Conséquences positives sur la prise en soin	Nécessaire à la prise en soin	« Elles sont importantes » « Elles sont importantes »	« Utile »	3	18
	Accompagnement du patient	« Accompagner » « Si on n'avait pas d'émotions, on ne serait pas bons dans l'accompagnement, on ne serait pas bon auprès des patients »	« Si t'es triste, tu communique ta tristesse au patient. Tu accompagnes mais d'une autre façon. » « Créer un lien particulier » « C'est très bienveillant » « C'est là où j'ai vraiment l'impression d'être utile et d'accompagner »	6	
	Compréhension des patients	« Essayer de les comprendre »	« La surveillance du patient, l'état émotionnel, ses besoins primaires, s'il a froid, s'il a chaud »	2	
	Rôle dans la vigilance et performance du soignant	« Si on n'avait pas d'émotions, on passerait à côté de certaines choses. » « Je suis capable de gérer mes émotions, et ça me permet d'être plus performant dans la prise en charge de l'urgence. »	« Ça me permet d'être hyper vigilante. » « Le stress fait que t'es hyper vigilant. » « Ça permet d'être hyper vigilant sur la prise en charge. » « Le fait d'être stressé, je pense que c'est plutôt positif car t'es hyper vigilant. »	6	

Objectif : Mettre en évidence les ressources et moyens de gestion des émotions à disposition des professionnels					
		IDE 1	IDE 2		
La gestion des émotions dépend de la personnalité de chacun		« Ça dépend de la personnalité de chacun » « Je ne suis pas un grand parleur. » « Je ne suis pas quelqu'un qui va être triste. »	« C'est hyper subjectif d'exprimer ses émotions ou pas. »	4	
Méthodes personnelles	Communication avec l'équipe	« Se réunir et parler en équipe » « Ils en ont besoin et c'est important » « Il n'y a pas de honte. J'ai beaucoup de collègues qui pleurent, qui en parlent. »	« Prendre du temps pour débrief. » « Avec l'équipe soignante du SMUR, on avait tendance à rire de tout pour se détacher. »	5	17
	Activités extérieures	« Sport » « Activités extérieures » « Loisirs »		4	
	Méthodes de relaxation	« Yoga »	« Exercices de respiration pour faire baisser un peu le rythme cardiaque et être moins dans le stress. » « Méthode d'hypnose EMDR » « Cohérence cardiaque »	3	
	Réflexion, solitude	« Avoir 20-30 minutes pour rentrer chez eux, parce qu'ils sont tout seuls. »	« Je me mets dans ma bulle. » « Introspection »	3	
	Apprentissage de la gestion des émotions	« C'est important de savoir les gérer. Ça s'apprend, je pense que ça s'apprend. » « C'est pour tout le monde pareil, on passe tous par-là, par ce processus d'apprentissage. »		2	
Méthodes proposées par l'établissement	Méthodes psychologiques	« Psychologue qui vient dans le service »	« On nous a toujours dit qu'on pouvait aller voir la CUMP si on en avait besoin. »	2	5

	Les méthodes proposées par l'établissement ne sont pas adaptées	« Non, pour moi l'établissement ne propose pas de moyens, enfin s'ils proposent des choses, elles ne sont pas adaptées. »	« Ce qui m'a manqué au SMUR, c'était un accompagnement, un vrai soutien psychologique, avec des vrais psychologues et des vrais psychiatres qui fassent des débriefings avec nous. » « Mais le problème, c'est que l'ambiance générale du SMUR fait que si tu y vas, que tu montres un signe de faiblesse, je ne suis pas sûre que ça soit bien vu par le reste de l'équipe. » « On est un peu seul dans la gestion de nos émotions, il n'y a pas de soutien. »	3	
--	--	---	---	---	--

Objectifs : Identifier le comportement adopté par les infirmiers face à ces émotions					
		IDE 1	IDE 2		
Cacher ses émotions		« Moi je les cache, parce que c'est ma personnalité »	« J'étais dans le silence » « Je me mets dans ma bulle pour être hyper concentrée » « Tendance à me préserver, j'ai tendance à être mutique et à laisser la personne »	4	
Exprimer ses émotions	Parler de ses émotions	« Je pense qu'il vaut mieux en parler » « Il faut en parler, il ne faut pas rester avec ça » « Il ne faut pas rester avec ça » « Il faut en parler, il ne faut pas rester avec ça » « Se réunir et parler en équipe » « Il n'y a pas de honte. J'ai beaucoup de collègues qui pleurent, qui en parlent. »	« Prendre du temps pour débriefer. »	7	9
	Montrer ses émotions au patient		« Je n'ai jamais vraiment cacher mes émotions, je suis de nature hypersensible. » « Ça ne me choque pas d'accompagner un patient avec nos propres émotions. »	2	
Adapter sa posture			« Je me mets beaucoup en retrait » « Prendre beaucoup de recul » « Empathique, mais pas trop impliqué »	3	

Objectifs : Comparer les bénéfices et les risques de cacher ou d'exprimer ses émotions				
		IDE 1	IDE 2	
Cacher ses émotions	Aspect positif	« Montrer qu'on est fort »	« Ça m'a servie comme ça m'a desservie. »	2
	Aspect négatif	« Je ne pense pas qu'il y ait de point positif à cacher ses émotions » « Si on n'est pas serein dans son travail, ça va se ressentir » « Je vois des collègues qui parfois n'en parlent pas, et tu apprends 2 ou 3 jours après que la personne fait que de pleurer en rentrant chez elle »	« Ça m'a servie comme ça m'a desservie. »	4
Exprimer ses émotions	Aspect positif	Montrer à la famille qu'on est touchés	« Montrer à la famille qu'on est touchés » « Montrer à la famille qu'on fait tout ce qu'on peut pour le patient »	
		Créer une relation de confiance		« Très bienveillant » « Je trouve ça bien de pouvoir être authentique en tant que soignant, il faut être vrai quoi. » « Créer un lien particulier avec le patient »
	Aspect négatif		« Le risque pour le soignant c'est de faire un burn out, à force de trop être dans l'affect auprès du patient. » « Il ne fallait pas trop montrer ses faiblesses, sinon on se faisait écraser »	2

Objectif : Identifier les moyens de mise en place de la juste distance utilisés par les professionnels			
	IDE 1	IDE 2	
La juste distance est plus difficile à appliquer lorsque la prise en charge est longue	« Plus les patients restent, plus on s'attache. » « On a toujours des patients qui vont rester des semaines voire des mois, et forcément on s'attache au patient, on s'attache à la famille. »	« Le fait que la prise en charge soit courte, cela me permettait de ne pas m'investir de trop. »	3

Rester à sa place de soignant	« Il faut savoir être présent » « Il faut savoir être présent, mais il faut mettre une juste distance en le recadrant quand on voit que... »	« Être dans l'empathie mais rester à sa place, dans son rôle, ne pas être dans l'envahissement. » « J'ai une forte empathie, mais elle est respectueuse. » « Je ne suis pas envahissante. »	5
Poser un cadre avec le patient	« Recadrer le patient » « Savoir être présent, mais il faut mettre une juste distance on le recadrant » « Il faut poser un cadre. »		3
Passer la main	« Prendre du recul et laisser la main à d'autres personnes. » « Ce qui est bien, c'est que chez nous on tourne, donc on ne reste pas toujours avec le même patient. »		2

Objectif : Préciser les enjeux de la juste distance dans la relation soignant-soigné					
		IDE 1	IDE 2		
Être trop proche du patient	Influence sur les émotions des soignants	« On est trop proche, on s'attache trop et on ne gère pas bien nos émotions. » « On ne gère pas bien nos émotions » « Un évènement un peu marquant, parce qu'on la connaissait bien cette dame-là. »	« Le risque pour le soignant c'est de faire un burn out, à force d'être trop dans l'affect auprès du patient. »	4	8
	Manque de professionnalisme	« Risque de passer à côté de quelque chose. » « Passer à côté d'une défaillance, d'oublier de remonter des informations au médecin. »	« Ce n'est pas professionnel d'aller trop loin, d'être envahissant. » « Pour le soigné, je ne vois pas trop l'intérêt d'avoir un soignant trop envahissant »	4	
Être trop distant du patient	Donne au patient l'impression de ne pas être écouté	« On ne va pas l'écouter »	« Ne pas prendre en compte ses angoisses » « Ça donne l'impression au patient qu'il n'est pas pris en compte, d'être juste un corps et un organe défaillant. »	3	6
	Source de stress pour le patient		«angoisse » « C'est un facteur de stress énorme pour le patient. » « Dans un état de stress intense, avec les émotions... les larmes qui coulaient, l'angoisse, la peur... »	3	

Abstract

La gestion des émotions chez les soignants

Ce travail de recherche porte sur les émotions des soignants et leurs impacts sur la prise en soins. En effet, j'ai souvent été confrontée aux émotions dans mon parcours de stage, c'est pourquoi j'ai voulu approfondir ce sujet. Tout d'abord, mes lectures m'ont permis de construire un cadre théorique autour des émotions et de la prise en soin. Dans un second temps, j'ai interrogé deux infirmiers : l'un travaillant en réanimation, l'autre ayant une expérience en SMUR. Ensuite, j'ai analysé leurs propos en les comparant à ceux des auteurs. Ces recherches montrent qu'il est impossible pour un soignant de ne pas ressentir d'émotions. Les émotions peuvent être bénéfiques dans la prise en soin, notamment dans l'accompagnement des patients ou les situations d'urgence. Cependant, si ces émotions prennent trop de place chez le soignant, elles peuvent avoir des conséquences néfastes sur la prise en soin : conséquences physiques et psychologiques pour le soignant, altération de la relation de confiance entre le soignant et le patient... Il est donc important pour les soignants d'apprendre à gérer ses émotions, en utilisant l'intelligence émotionnelle et d'autres méthodes plus personnelles comme l'hypnose, la relaxation, le sport... Pour finir, se trouver dans la juste distance avec le patient peut aider à gérer ses émotions. Il ne faut pas être trop proche du patient pour pouvoir gérer ses émotions, mais il ne faut pas non plus être trop distant, au risque d'angoisser le patient.

This research work deals with caregivers' emotions and their impacts on the care. In fact, I have often been confronted to emotions in my internships, that is why I wanted to go deeper into this subject. First of all, my readings allowed me to build a theoretical framework about emotions and care. Secondly, I interrogated two nurses: one working in an intensive care unit, the other having an experience in ambulance services. Then, I analyzed their words, while comparing them with those of the authors. This research shows that it's impossible for a caregiver not to feel any emotions. Emotions can be beneficial in the care, particularly in the patient's support or in emergency situations. However, if these emotions take up too much space among caregivers, they can have harmful consequences on the care: physical and psychological consequences for the caregiver, deterioration of the relationship of trust between the caregiver and the patient... Therefore, it's important for caregivers to learn to manage their emotions, by using emotional intelligence and other more personal methods as hypnosis, relaxation, sport... Lastly, being into the right distance with the patient can help in the management of emotions. We mustn't be too close to the patient to be able to manage our emotions, but nor should we be too distant, at the risk of causing anxiety to the patient.

MOTS CLES : ÉMOTIONS / PRENDRE SOIN / STRESS / INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE / JUSTE DISTANCE

KEY WORDS : EMOTIONS / CARE / STRESS / EMOTIONAL INTELLIGENCE / RIGHT DISTANCE