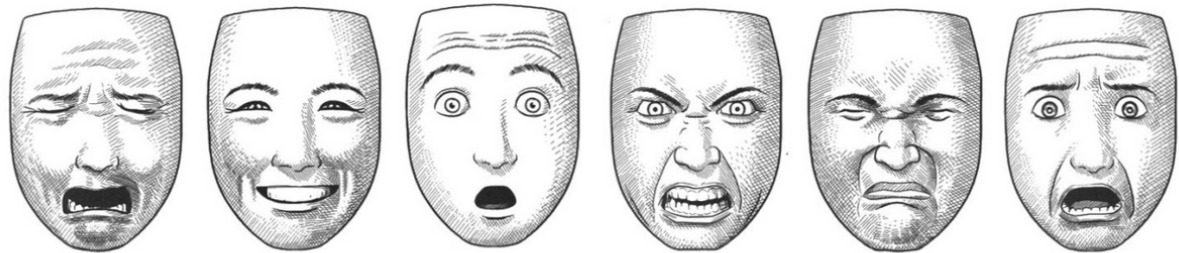




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

## Émotions de l'infirmier et prise en soins des patients en psychiatrie



Formateur référent mémoire :  
Christophe MALEYRAN

LEBÉE Pauline  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

**Diplôme d'État d'Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

*Émotions de l'infirmier et prise en soins des patients en psychiatrie.*

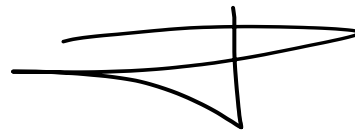
Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la 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'État d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.*

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

*Le 2 mai 2023*

*Identité et signature de l'étudiant : Pauline LEBÉE.*



Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

## Remerciements

Tout d'abord je souhaite remercier l'ensemble des formateurs de l'IFSI du CHU de Rennes pour leur bienveillance et leur accompagnement durant ces 3 années de formation.

Merci à Béatrice Chérel, Catherine Dieu et Gaël Robin, mes différents référents pédagogiques pour leur soutien et leurs précieux conseils, je leur en suis très reconnaissante.

Je remercie Christophe Maleyran, mon référent de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité, sa pédagogie et sa bonne humeur durant ce travail de recherche.

Merci à Stella et Raphaëlle, mes amies de l'IFSI, pour les bons moments partagés ensemble.

Un grand merci à mes amis, notamment ma meilleure amie Justine et mon amie Marine, infirmière elle aussi.

Je remercie mes parents, mes frères, tout particulièrement mon frère Thomas, et mes nièces Nora et Yuna, pour leur soutien indéfectible.

Je tiens à remercier les deux infirmières interrogées lors des entretiens pour leur aide précieuse.

Enfin, merci à tous les professionnels de santé, médecins, infirmiers, aides-soignants, ASH, brancardiers, secrétaires, patients que j'ai croisés au cours de ce long chemin, qui ont tous participé à ma formation et qui ont fait de moi l'étudiante en soins infirmiers que je suis aujourd'hui.

# Sommaire

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Le cheminement vers la question de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Situation d'appel .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2. Questionnement.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3. Question de départ .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Le cadre conceptuel ou théorique .....</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Les émotions.....</b>	<b>4</b>
3.1.1. Définitions .....	4
3.1.2. Les types d'émotions.....	4
3.1.3. Représentations culturelles et disciplinaires des émotions.....	5
3.1.4. Fonctions des émotions .....	6
3.1.5. La place des émotions dans le soin .....	7
<b>3.2. Les mécanismes d'adaptation du soignant.....</b>	<b>7</b>
3.2.1. Compétences émotionnelles : exemple de l'intelligence émotionnelle dans les soins infirmiers..	7
3.2.2. Mécanismes inconscients et involontaires : les mécanismes de défense .....	8
3.2.3. Mécanismes conscients et volontaires : les processus de <i>coping</i> .....	8
<b>3.3. La communication : un processus au cœur du soin .....</b>	<b>9</b>
3.3.1. Définition.....	9
3.3.2. Communication verbale .....	10
3.3.3. Communication non-verbale .....	10
<b>3.4. Le prendre soin.....</b>	<b>11</b>
3.4.1. Définition du prendre soin.....	11
3.4.2. Relation d'aide .....	11
3.4.3. Une dynamique relationnelle : l'alliance thérapeutique.....	12
<b>3.5. Rôle infirmier en psychiatrie.....</b>	<b>13</b>
3.5.1. Généralités sur la psychiatrie et la santé mentale.....	13
3.5.2. Être infirmier en psychiatrie, quels enjeux dans un contexte en tension ?.....	13
3.5.3. Les spécificités de l'exercice infirmier en psychiatrie : cadre législatif .....	14
<b>4. Le dispositif méthodologique du recueil de données .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. Choix de l'outil et objectifs du guide d'entretien .....</b>	<b>15</b>

4.2.	Population interviewée et organisation mise en place.....	15
4.3.	Bilan du dispositif (points forts, difficultés, limites) .....	15
5.	Analyse descriptive des entretiens.....	16
5.1.	Les émotions.....	16
5.2.	Le prendre soin.....	16
5.3.	L'exercice infirmier en psychiatrie.....	17
5.4.	Les mécanismes d'adaptation .....	18
5.5.	La communication dans les soins .....	19
5.6.	La place des émotions dans les soins.....	19
6.	L'analyse interprétative ou discussion .....	21
6.1.	Les émotions.....	21
6.1.1.	Une définition difficile à élaborer .....	21
6.1.2.	Les émotions au cœur du prendre soin.....	22
	Le prendre soin .....	22
	La place des émotions dans la relation de soin .....	22
6.1.3.	La gestion des émotions .....	23
	Les mécanismes d'adaptation .....	23
	L'équipe, régulatrice et médiatrice de nos émotions soignantes .....	23
	L'expérience, facilitatrice dans la gestion des émotions. ....	24
6.2.	Les soins infirmiers en psychiatrie .....	24
6.2.1.	Les émotions mises à mal par la violence verbale et physique .....	24
6.2.2.	Les émotions dites « positives » en psychiatrie .....	25
7.	Conclusion .....	26
	Bibliographie .....	27
	Articles de périodique.....	27

**Annexes**

**Abstract**

## **Siglier**

CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier

CSP : Code de la Santé Publique

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ESI : Étudiant en Soins Infirmiers

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPCT : Objets Piquants Coupants Tranchants

PTI : Protection du Travailleur Isolé

SIC : Sciences de l'Information et de la Communication

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPL : Soins Psychiatriques Libres

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

UCSA : Unité de Consultation de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

## Citation

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »

Antoine de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*

# 1. Introduction

Les soins infirmiers en psychiatrie sont complexes et exigent une approche spécifique pour prendre en soins les patients souffrant de pathologies psychiques. Les infirmiers sont en première ligne pour répondre aux besoins des patients, et leur état émotionnel peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins prodigués.

Lors de mes différents stages, mon questionnement concernant les émotions du soignant et l'engagement émotionnel auprès d'un patient, revenait de façon récurrente. Il était donc évident que cela ferait l'objet de mon sujet de recherche en 3<sup>ème</sup> année de formation. De plus, l'exercice professionnel en psychiatrie étant mon projet professionnel, je souhaitais m'intéresser aux pratiques relevant de ce champ de la discipline infirmière.

A travers ce mémoire, nous essaierons de comprendre les liens et les interactions entre les émotions de l'infirmier et la prise en soin des patients en psychiatrie. Nous explorerons les différents aspects de ce questionnement en mettant en évidence certaines notions essentielles.

Dans un premier temps, nous exposerons la situation d'appel et les questionnements, lesquelles ont permis de faire émerger une question de départ à ce travail de recherche. Il s'agira ensuite de mettre en évidence les concepts clés de la problématique, tels que le prendre soin, les émotions, la communication, les mécanismes d'adaptation et la pratique infirmière en psychiatrie.

Dans un second temps, nous analyserons les données issues de deux entretiens avec des infirmières travaillant en psychiatrie.

Enfin, nous ferons une analyse interprétative, en confrontant le cadre théorique et l'analyse des entretiens. J'y ajouterai mon point de vue et une projection en tant que future professionnelle. L'aboutissement de ce mémoire permettra de poursuivre ma réflexion en formulant une problématique de recherche.



## 2. Le cheminement vers la question de départ

### 2.1. Situation d'appel

La situation d'appel se déroule lors d'un stage de semestre 4, au sein d'une unité d'admission psychiatrique au CHGR.

Certains patients peuvent bénéficier de permissions, avec accord du médecin psychiatre, pour vaquer à leurs occupations personnelles à l'extérieur de l'hôpital.

Lors de leur retour au sein du service, nous effectuons un inventaire des affaires personnelles afin de vérifier l'absence d'objets dangereux, pouvant compromettre la sécurité des patients et des soignants.

Ainsi, le 7 juin 2022, à 17h, lors du retour d'une des patientes, j'effectue le contrôle de rigueur en demandant l'autorisation à cette dernière. Je connaissais le dossier médical de la patiente et avais également la connaissance d'antécédents judiciaires chez cette patiente ayant commis un homicide volontaire.

Dans un premier temps, elle refuse de me montrer son sac, en me précisant que je n'avais pas confiance en elle. Alors, je lui explique que c'est une pratique courante, effectuée à chaque retour d'un patient dans l'unité. D'emblée, elle me répond qu'elle a des ciseaux dans son sac et qu'elle peut s'en servir pour m'agresser.

Cela provoque chez moi, beaucoup de peur, d'appréhension, une sorte d'état de sidération devant la patiente. Je suis étudiante, je n'ai pas de PTI (protection du travailleur isolé) pour me protéger. Un long moment de silence s'en suit. La patiente me dit alors que c'est une blague et me dit « Je vous ai fait peur hein ? », avant de me donner son sac.

Plusieurs questions me font alors face : dois-je être en congruence avec mon état d'esprit du moment et mes manifestations non-verbales, lui répondre qu'effectivement elle m'a fait peur ?

Ou à l'inverse, dois-je rester impassible ?

Finalement, je décide de ne pas répondre à sa question et de parler d'autre chose.

## 2.2. Questionnement

La réflexion portée sur la situation d'appel évoquée précédemment, a permis de faire émaner les questions suivantes :

- La patiente a-t-elle voulu me tester ? Quelles réactions ses propos ont générées chez moi ?
- Dois-je exprimer mes émotions devant la patiente ?
- Quelle est la posture professionnelle la plus juste à adopter dans ce genre de situation ?
- Dois-je contrôler mes émotions et rester impassible devant la patiente ?
- La patiente a-t-elle perçu mon désarroi face à ses propos ?
- De quelle manière la relation soignant-soigné a-t-elle été impactée ?
- Les émotions du soignant ont-elles une fonction dans la prise en soin ?
- Comment définir le prendre soin en santé mentale ?
- L'expérience professionnelle permet-elle de prendre de la distance avec les différentes situations de soins rencontrées ?
- La connaissance des antécédents judiciaires de la patiente, a-t-elle joué dans l'expression de certaines émotions ?
- De mon côté, quels mécanismes de défenses ont été mis en place ?

## 2.3. Question de départ

La situation d'appel et les questionnements inhérents à cette dernière m'ont menée à la question de départ suivante :

Dans quelle mesure les émotions de l'infirmier influencent-elles la prise en soins des patients en psychiatrie ?

### 3. Le cadre conceptuel ou théorique

#### 3.1. Les émotions

Les émotions sont inhérentes à l'humain, à la vie en somme. Elles nous aident à appréhender certaines situations et interviennent directement dans nos prises de décisions. Ce faisant, la rencontre avec un patient, l'échange qui en découle, entraînent des manifestations émotionnelles et réactions humaines propres à chaque soignant. Nous verrons que les émotions ont un sens intentionnel au-delà de la dimension inconsciente qu'elles revêtent.

##### 3.1.1. Définitions

Multiplés sont les propositions de définitions pour le terme « émotion », au sein des écrits que j'ai pu parcourir lors de ce travail de recherche.

Selon le *Dictionnaire de l'Académie française* (2005), une émotion est « une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ». L'analogie étant souvent faite entre les termes « émotion » et « sentiment », il est important de rappeler que l'émotion est une manifestation soudaine quand le sentiment s'inscrit dans la durée, ces deux termes s'opposent donc par leur forme temporelle.

Une définition plus exhaustive de David Le Breton (2004), sociologue et anthropologue français, nous permet de mieux appréhender les contours de l'émotion, par une prise en compte de la singularité de l'individu et ses caractéristiques intra-personnelles :

Une émotion se définit comme une réaction psychologique et physique plus ou moins vive à une situation sociale ou un événement donné par un individu dans un contexte particulier. Les émotions permettent d'évaluer une situation ou un événement à condition d'ajuster sa perception. Les émotions sont toujours basées à la fois sur une sensibilité propre et un système de valeurs culturelles et sociales (p.136).

Maintenant que nous avons exploré les différentes définitions de l'émotion et leur rôle dans notre vie, nous pouvons maintenant nous intéresser aux différents types d'émotions.

##### 3.1.2. Les types d'émotions

Bien qu'il existe de nombreuses émotions, deux composantes sont communes à l'ensemble d'entre-elles : la valence et l'intensité. La valence correspondant à la positivité ou à la négativité de l'émotion. Cependant, ces deux caractéristiques ne relèvent pas de la binarité, mais d'un processus

continu par lequel elles s'ajustent. Effectivement, d'après Patrick Lemaire (2021) « ces dimensions varient de manière continue de sorte que la valence émotionnelle d'une situation ou d'un stimulus peut être plus ou moins positive ou négative, et que son intensité peut être plus ou moins faible ou élevée » (p.3).

La psychologie identifie six émotions fondamentales, selon le travail de Paul Ekman : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse et le dégoût. Elles ont été retenues pour leurs propriétés universelles. En effet, leur identification est possible par le biais de caractéristiques psychologiques, comportementales et physiologiques. Nous distinguons ces émotions dites « de base », des émotions réflexives telles que la jalousie, la honte ou la culpabilité.

Voici pourquoi certaines émotions telles que la joie, la tristesse ou la peur, s'expriment, selon les dires de Patrick Lemaire (2021), docteur en psychologie :

- La joie : provoquée par la réalisation d'un but important ou la satisfaction d'un besoin
- La tristesse : elle est souvent le résultat d'un événement qui empêche, de manière prolongée, la satisfaction d'un besoin, que l'on perçoit comme difficile, voire impossible à contrôler.
- La peur : provoquée par un événement qui survient subitement et que nous percevons comme menaçant pour notre survie ou notre intégrité physique ou psychique (p.4).

Patrick Lemaire (2021) explique aussi que l'expression non-verbale de l'émotion fait référence aux signaux physiques, comportementaux et sensoriels que nous utilisons pour communiquer nos états émotionnels sans parler. Ces expressions non-verbales peuvent être utiles car elles peuvent fournir des informations supplémentaires sur notre état émotionnel, qui peuvent ne pas être communiquées par des mots.

Cependant, dans la prochaine partie, nous verrons qu'il est important de retenir que l'interprétation des expressions non-verbales de l'émotion peut varier en fonction du contexte culturel et des normes sociales.

### 3.1.3. Représentations culturelles et disciplinaires des émotions

#### **L'approche culturelle**

L'étude de l'expérience émotionnelle, en ce qu'elle revêt de similaire ou de différent selon les cultures, est un domaine de recherche récent pour lequel de nombreuses incompréhensions subsistent. Toutefois, nous sommes capables d'affirmer que les émotions ne s'expriment pas selon des événements universels. Aussi, l'intensité avec laquelle elles sont perçues, diffère selon les cultures. Dans l'ouvrage *Comprendre les émotions* (2009), il est rappelé que malgré un mécanisme physiologique commun « les cultures impriment d'importantes différences de signification et de pratique aux expériences

émotionnelles quotidiennes, les expériences psychologiques que les gens possèdent des émotions varient fondamentalement entre les cultures » (p.346).

La compétence interculturelle en santé est un processus conscient qui nécessite la conscience de sa propre existence, de ses pensées, l'adaptation des soins à la culture de l'utilisateur ainsi que l'acceptation et le respect des différences culturelles. Cela nécessite un apprentissage interculturel. Le soignant doit être attentif à sa posture (gestes, regard, non verbal), pour une prise en soin optimale et ne pas susciter des émotions nées d'une interprétation chez le patient.

### **L'approche par discipline**

Il paraît incontournable d'aborder la représentation des émotions selon la psychanalyse, car cette discipline est née de l'analyse même des affects, et de la façon dont le sujet se comporte au regard de ses affects. Dans la littérature psychanalytique, le terme « émotion » est très peu employé, préféré au terme « affect », et tire en effet son origine à la langue allemande, langue originelle de la psychanalyse. Le *Dictionnaire de la psychanalyse* (2007), précise que l'affect est « une expression émotionnelle, éventuellement réprimée ou déplacée, des conflits constitutifs du sujet ». Ainsi, la théorie psychanalytique emploie le terme affect dans un sens élargi, regroupant les notions d'émotion et de sentiment, en corrélation immédiate avec les concepts de pulsion et d'angoisse. Dans l'ouvrage *Inconscient*, les affects correspondent à « des processus de décharge » se manifestant par « des sensations » (Freud, 1915, p.40). Les affects sont donc le siège de ce qui est ressenti par l'individu comme sujet désirant dans sa relation à l'autre.

Ensuite, il convient de comprendre, comment sont représentées les émotions sur le plan scientifique. Des études neuroscientifiques ont été menées par Antonio Damasio (1994) dans ce sens, et montrent un lien entre la raison et l'émotion. Effectivement, la raison s'appuie sur les émotions dans une région du cerveau liée aux émotions. Bien que notre époque et notre société prônent la raison au détriment des émotions, la science montre que nos raisonnements seraient biaisés en l'absence d'émotion.

Désormais, nous allons nous pencher sur les fonctions des émotions et nous verrons en quoi ces dernières ne sont pas simplement des expériences subjectives.

#### **3.1.4. Fonctions des émotions**

Didier Dubasque (2019), identifie trois fonctions remplies par les émotions :

- Les émotions comme une boussole intérieure : les émotions participent à l'interprétation de ce que nous vivons, un individu sans affect serait dans l'incapacité de se mettre en relation avec les individus, et d'appréhender le monde qui l'entoure.

- Les émotions comme facilitatrices de la relation : montrer ses émotions et exprimer des ressentis, montre le souci que j'ai de l'autre, ainsi la communication est plus authentique et humaine. Les émotions favorisent les interactions et par conséquent, elles amorcent le maillage affectif nécessaire à l'établissement de la relation d'aide.
- Les émotions comme une invitation à l'action (p.28).

Les émotions ont plusieurs fonctions importantes dans la vie quotidienne ; elles nous permettent d'appréhender l'environnement qui nous entoure, mais jouent aussi un rôle important dans nos prises de décision et peuvent nous motiver à agir.

Nous allons voir que les émotions ont aussi leur place au sein de la relation soignant-soigné.

### 3.1.5. La place des émotions dans le soin

Lorsque deux individus entrent en relation, leurs émotions respectives communiquent et interagissent. L'interaction soignant-soigné met en jeu des émotions des deux côtés. Effectivement, certaines émotions sont inhérentes au milieu hospitalier, par l'image et la perception qu'il renvoie, notamment la connotation mortifère s'y rattachant. Ainsi, il est d'usage de rencontrer la peur, la tristesse et la colère au sein des services de soin. Les émotions que peut manifester le soignant sont souvent une réponse à un comportement ou à un événement que traverse le patient. Par exemple, face à l'agressivité d'un patient, certains soignants vont exprimer de la colère. Les infirmiers ont fréquemment peur de faire mal aux patients par les soins prodigués, selon Mercadier (2017) « la peur de faire mal, surtout aux enfants, la peur de faire souffrir, de nuire, par des soins efficaces ou inadaptés au malade » (p.198).

Néanmoins, nous allons voir qu'il existe de nombreux mécanismes permettant aux soignants de contrôler leurs émotions afin de les exprimer de manière adaptative et appropriée.

## 3.2. Les mécanismes d'adaptation du soignant

### 3.2.1. Compétences émotionnelles : exemple de l'intelligence émotionnelle dans les soins infirmiers

L'humanisation d'une relation de soin, passe par le partage d'émotions entre le patient et le soignant. Une relation dénuée d'émotions serait effectivement stérile, et s'en révélerait néfaste pour le patient. Les travaux de Daniel Goleman ont permis de développer la théorie de l'intelligence émotionnelle, qui permet à toute personne de reconnaître ses émotions, de les comprendre et de les accepter. Ce mécanisme d'adaptation permet aux soignants de faire bon usage de leurs émotions en

fonction des situations rencontrées. Margot Phaneuf (2016) précise « elle nous permet aussi de reconnaître les émotions et les souffrances des autres, capacités particulièrement importantes en soins infirmiers » (p.10).

Nous venons de voir l'importance de l'intelligence émotionnelle dans la régulation des émotions, à présent, nous allons explorer les mécanismes inconscients qui sous-tendent nos émotions.

### 3.2.2. Mécanismes inconscients et involontaires : les mécanismes de défense

La défense est un ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire ou de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Les mécanismes de défense ont fait l'objet d'importantes recherches psychanalytiques, discipline de leur découverte. D'après le *Dictionnaire de la psychanalyse* (2007), il s'agit d'un « concept organisateur de la clinique freudienne : les divers mécanismes de défense rendent compte des différentes structures ».

Il n'existe pas de consensus sur le nombre de mécanismes de défense, puisqu'il existe plusieurs classifications selon les auteurs. Ces mécanismes sont complexes et hétérogènes, de ce fait, je m'appuierai sur l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-IV (1994), inspirée des travaux de Bond et Vaillant. Le DSM-IV (1994) rappelle que ces défenses naissent de processus inconscients et automatiques.

Les mécanismes de défense sont divisés en sept niveaux de fonctionnement défensif (DSM-IV) :

- Le niveau adaptatif élevé
- Le niveau des inhibitions mentales ou de la formation des compromis
- Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres
- Le niveau du désaveu
- Le niveau de distorsion majeure de l'image
- Le niveau de l'agir
- Le niveau de la dysrégulation défensive

Seuls les deux premiers niveaux sont considérés comme adaptés.

### 3.2.3. Mécanismes conscients et volontaires : les processus de *coping*

Les événements traversés par l'individu au cours de sa vie, peuvent quelques fois être perçus comme menaçants. Le deuil, le changement d'emploi, la naissance d'un enfant, sont autant d'expériences pouvant perturber les émotions de l'individu. Pour faire face à ces situations difficiles, le

sujet va mettre en place des stratégies, appelées stratégies de « *coping* », lui permettant de s'ajuster au mieux. Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (p.47).

Pour ces raisons, certaines situations de vie de patients, peuvent faire écho à la vie des soignants, qui pourront mettre en place le mécanisme de « *coping* » afin d'assurer la meilleure prise en soin possible.

### **3.3. La communication : un processus au cœur du soin**

#### **3.3.1. Définition**

Le terme « communication », prend racine du verbe latin *communicare*, qui signifie « mettre ou avoir en commun » selon le Gaffiot (1934).

La communication est « l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs » (ANZIEU, D. et MARTIN, JY., 2013, p.189). Comme l'indique Bioy *et al.* (2013), « communiquer, c'est échanger avec l'autre mais aussi, dans le contexte de pratiques de soin, échanger pour l'autre » (p.20). La communication, dans la relation de soins, occupe une place importante puisqu'elle va participer à la création d'une relation entre le soignant et la personne soignée.

Les sciences de l'information et de la communication s'inscrivent dans une perspective constructiviste propre aux sciences sociales. L'objectif initial des SIC est d'étudier les effets induits par les communications.

Le modèle de communication originel a été publié par Shannon et Weaver en 1948 et a été largement utilisé par les sciences sociales. Ce dernier précise l'ensemble des éléments constituant une chaîne de communication : la source d'information, l'émetteur, le récepteur, le message transmis, le canal de transmission, le code utilisé pour transmettre le message, le contexte, les bruits, le destinataire (cf. Annexe IV)

Ce modèle comporte de nombreuses limites, dont la linéarité du schéma, puisque le récepteur est considéré comme passif, or Watzlawick disait « il est impossible de ne pas communiquer ». Ainsi, en 1970, l'école de Palo Alto va apporter une notion essentielle au schéma ; le feed-back, qui est une boucle de rétroaction du destinataire vers la source d'information, cela permet l'équilibre du système. Dans la relation de soin, le feedback est essentiel pour transmettre des informations de qualité, il permet une meilleure compréhension interpersonnelle entre patient et soignant, ainsi des réajustements peuvent être faits au besoin.



Il existe deux types de communication : la communication verbale ou digitale et la communication non-verbale, para-verbale ou langage analogique.

### 3.3.2. Communication verbale

La communication verbale est une forme d'expression utilisant le verbe, elle permet à deux personnes ou plus d'échanger. Elle regroupe l'ensemble des éléments linguistiques pouvant être transmis par la voix, par l'écriture ou par les gestes (exemple : le langage des signes). Quand une personne utilise le langage verbal, elle ne transmet que 16 % des informations qu'elle veut nous faire parvenir. Cependant, ce mode de communication est essentiel comme le souligne les propos de Cécile Delamarre (2014) « la communication verbale nous permet d'exprimer à autrui ce que nous pensons ou ressentons, de répondre à nos besoins, d'aborder des sujets abstraits mais également d'utiliser des codes qui nous aident à structurer notre milieu, à l'adapter à nos besoins » (p.31).

Les différentes façons dont nous pouvons utiliser la communication verbale, nous permet d'exprimer et de comprendre les émotions. En outre, la communication non-verbale, permet aussi de fournir des informations sur l'état émotionnel des personnes.

### 3.3.3. Communication non-verbale

A présent, nous allons nous intéresser à la place de la communication non-verbale dans la relation soignant-soigné. Le langage non-verbal se compose : de l'expression faciale, du contact des yeux, de la distance et du contact physique, de l'apparence, de la posture, des gestes, des odeurs, de la communication para verbale (ton de la voix et débit de parole). Selon Bioy *et al.* (2013), « l'ensemble d'un message compte 7 % de paroles, 38 % d'intonations et 55 % de langage gestuel » (p.22). Ainsi, la communication non-verbale a une place très importante dans la communication et « son importance devient souvent plus grande que celles de vos paroles » (Phaneuf, 2016, p.45). On peut ainsi dire que « le langage non-verbal est l'instrument par excellence de contact entre les humains et de soutien des échanges verbaux. » (Phaneuf, 2016, p.46). D'après ces documents, la communication non-verbale est tout aussi importante que la communication verbale. Elle doit être prise en compte dans la relation de soin avec le patient pour maintenir une prise en soin de qualité. D'après M. Phaneuf (2016), les expressions accompagnent, amplifient ou prolongent les paroles. Elles véhiculent aussi les émotions et sentiments, et leur importance devient très grande dans la relation soignant-soigné.

La communication est un élément clé de nos interactions sociales et de notre bien-être émotionnel. Par des compétences communicationnelles efficaces, les infirmiers peuvent établir des relations de

confiance avec leurs patients et leurs familles. Les notions de « communication » et de « prendre soin » étant étroitement corrélées, nous allons explorer le prendre soin infirmier, afin de mieux savoir de quoi il en retourne.

### **3.4. Le prendre soin**

#### **3.4.1. Définition du prendre soin**

Le paradigme du prendre soin, nécessite de comprendre que cette notion exprime la capacité de porter une attention particulière à la personne. Cela n'est donc pas une question de métier, mais concerne la considération de l'humain de tout un chacun.

Par le « prendre soin », les soignants aident les patients à satisfaire leurs besoins perturbés ; à retrouver un état d'autonomie ; cela permet d'améliorer leur qualité de vie. Walter Hesbeen (1997), fait la distinction entre « *caring* » et « prendre soin ». Selon lui, le *caring* renvoie aux soins infirmiers, il se limite aux seules activités professionnelles « marquées par le service rendu à autrui », quand le prendre soin s'inscrit dans un acte de vie, « prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière » (p.50).

Le prendre soin n'est donc pas un concept pragmatique mais relève de la subtilité de chaque être humain et de son expérience personnelle. Dorénavant, nous explorerons la relation d'aide, afin de mieux comprendre l'importance de la communication, de la compréhension et de l'empathie dans la pratique professionnelle.

#### **3.4.2. Relation d'aide**

Une relation est un lien, un rapport, entre des choses ou des personnes. C'est une situation complexe aux composantes multiples, qui tient compte de notre personnalité et de l'environnement. La relation n'est pas une interaction entre deux personnes, elle est à distinguer de la communication qui consiste en un échange.

Selon Bioy et *al.* (2013), la prise en soin d'un patient passe par la relation d'aide, qu'ils définissent comme « une forme de soutien visant à mobiliser les capacités et ressources du patient afin de l'aider à vivre au mieux un ensemble de difficultés. Il s'agit d'un lien privilégié entre deux personnes. [...] S'inscrire dans une relation d'aide, est l'unique manière de prendre soin efficacement du patient, c'est-à-dire de l'aider à se sentir mieux, à se réinscrire dans une dynamique de vie parfois indépendamment de sa situation médicale » (p. 24). Cette définition, rejoint sur plusieurs points celle de Phaneuf (2016), qui définit la relation d'aide comme :

Un échange à la fois verbal et non-verbal qui dépasse vos communications habituelles et vous permet de créer le climat, d'apporter le soutien dont le patient a besoin au cours d'une épreuve (anxiété, chagrin, perte, deuil, douleur) ou d'une difficulté de sa vie (prise de décision difficile, acceptation du traitement, nécessité de modifier un comportement, etc.) (p. 172).

D'après ces auteurs, la relation d'aide permet de répondre aux besoins et aux difficultés éprouvées par le patient durant sa prise en soin. Concrètement, la relation d'aide est exigeante et doit être travaillée. Pour Phaneuf (2016), cette relation d'aide « demande d'abord une implication profonde dans la situation du patient et une certaine maturité » (p. 177). En effet, « il s'agit d'une relation dans laquelle vous vous investissez entièrement, avec votre regard, vos mots, vos gestes et votre préoccupation pour l'autre » (Phaneuf, 2016, p. 177). Cette relation n'est donc pas innée pour les professionnels de santé. Elle doit se travailler au fil des rencontres avec les patients. Les objectifs, à travers cette relation d'aide, sont de faire s'exprimer le patient, de lui faire prendre conscience de ses difficultés ou de le réconforter.

Relation d'aide et empathie sont étroitement corrélées car c'est grâce à l'empathie du professionnel de santé que la relation d'aide peut s'établir. Il est important de rappeler que l'empathie nécessite de s'intéresser à la personne du patient et de s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. Ce n'est pas se mettre à la place de l'autre.

Dans la pratique de la relation d'aide, l'alliance thérapeutique joue un rôle crucial dans l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmier et le patient. Nous verrons en quoi cette dynamique relationnelle permet d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la prise en soin.

### 3.4.3. Une dynamique relationnelle : l'alliance thérapeutique

Terme employé par Freud en 1913, l'alliance thérapeutique est une collaboration active entre le soignant et le soigné dans un but thérapeutique nécessaire pour toute démarche soignante. Cette relation requiert des attitudes plus exigeantes que le seul fait de répondre à des techniques de soin, et met en jeu des qualités humaines telles que : l'empathie, l'authenticité, l'humilité et le respect. Elle se présente dans toute relation de soin aussi bien dans le secteur psychiatrique que dans les soins palliatifs. Le savoir-être et le savoir-faire s'intriquent donc au service du patient afin de prodiguer des soins de qualité.

L'objet de ce mémoire portant sur la pratique infirmière en psychiatrie, nous examinerons le rôle infirmier en psychiatrie, dans le but d'identifier les compétences et connaissances spécifiques nécessaires pour travailler dans cette spécialité.

### 3.5. Rôle infirmier en psychiatrie

#### 3.5.1. Généralités sur la psychiatrie et la santé mentale

Selon le dictionnaire *Le Robert* en ligne, la psychiatrie est une « partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales, les troubles de la vie psychique, notamment les psychoses ».

L'association des médecins psychiatres du Québec précise l'intérêt de l'approche bio-psycho-sociale en psychiatrie, qui intègre à la fois une compréhension de la biologie du cerveau, la psychologie du patient et sa situation sociale.

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Une catégorie des soins psychiatriques est dite « sans consentement » ; il s'agit des soins psychiatriques à la demande d'un tiers et des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état.

Certaines maladies mentales altèrent la capacité à consentir ; quelques fois, lorsqu'un patient dit oui ou non, le soignant ne peut pas considérer ce oui ou ce non comme valable. Pour encadrer cette spécificité du consentement en psychiatrie, une loi a été votée en 2011. Il s'agit de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Les deux personnes pouvant statuer sur des soins imposés au malade en psychiatrie sont le psychiatre et le juge de la liberté et de la détention.

Effectivement, dans certains cas le patient est convaincu de ne pas être malade mais doit bénéficier de soins, dans d'autres cas le patient va avoir des prises de risque majeurs pour lui et/ou pour les autres, nécessitant une hospitalisation sans son consentement.

#### 3.5.2. Être infirmier en psychiatrie, quels enjeux dans un contexte en tension ?

Après sa création en 1969, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, est supprimé en 1992. Depuis 1992, il n'existe plus que des infirmiers « polyvalents », pouvant exercer dans toutes les disciplines médicales. Ceci est en corrélation avec la politique globale de santé, uniformisation oblige, la psychiatrie est désormais une discipline médicale comme les autres. Face à la violence gestionnaire et institutionnelle, et à un nombre limité de ressources, les infirmiers exerçant en psychiatrie s'efforcent de poursuivre leur mission et d'offrir des soins de qualité.

Décider d'être infirmier en psychiatrie est un choix réfléchi, la particularité des soins et des personnes soignées, confère à l'infirmier une certaine autonomie dans son rôle de clinicien. Guillaume Hamon

(2022), coordinateur pédagogique à l'IFSI de Guillaume Régner à Rennes, spécifie qu'une « posture compréhensive des troubles mentaux anime la pratique des infirmiers de psychiatrie » (p.42). Il précise que le regard clinique et la compréhension de l'infirmier en psychiatrie, se développe avec l'expérience « par un subtil et complexe mélange d'observations des symptômes comme les comportements ou le langage » (p.42). Nous l'aurons compris, des aptitudes, des compétences mais surtout des valeurs animent les infirmiers exerçant en services de soins psychiatriques. Ces valeurs telles que l'ouverture d'esprit, la patience, la tolérance ou l'empathie sont mises à rude épreuve dans certaines situations de soins.

En outre, un climat de violence règne au sein des services de psychiatrie, qu'elle soit physique, verbale ou institutionnelle. Cette violence émane le plus souvent des patients, elle peut être liée à la pathologie et provoquer un sentiment d'insécurité chez les soignants comme chez les patients. Dans un dossier de presse publié par l'HAS (2016), il est précisé que « dans un service de psychiatrie, trois incidents violents se produiraient chaque semaine, soit environ 500 000 incidents par an en France ». De plus, la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant des troubles psychiques perdurent malgré une évolution des représentations sociales ces dernières années. Effectivement, les maladies psychiques renvoient à des croyances et préjugés, souvent relayés par les médias, telles que, la violence, la dangerosité ou l'incurabilité. Cette perception biaisée de la psychiatrie par la société, isole davantage les personnes malades pour lesquelles l'insertion sociale devient compliquée.

Au-delà des enjeux pratiques auxquels les infirmiers en psychiatrie sont confrontés, il existe également des considérations législatives et réglementaires importantes qui régissent leur pratique.

### 3.5.3. Les spécificités de l'exercice infirmier en psychiatrie : cadre législatif

La profession infirmière est régie par le code de la santé publique (CSP). Ce dernier précise le champ de compétences et les activités de l'infirmier, notamment celles relevant du rôle propre et du rôle prescrit.

Le rôle propre de l'infirmier est énoncé à l'article R.4311-5 du CSP. Il y est notifié l'ensemble des actes et soins visant à « identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement ».

L'article R.4311-6 complète les actes que l'infirmier est habilité à effectuer dans le champ de la santé mentale, notamment : l'entretien d'accueil du patient et de son entourage, les activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou en groupe ; la surveillance des personnes en chambre d'isolement ; la surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques associant le médecin, l'infirmier et le patient.

Il existe désormais un diplôme d'État d'Infirmier en pratique avancée, mention psychiatrie et santé mentale, pour les infirmiers souhaitant élargir leurs compétences dans ce domaine. Cette mention a été ajoutée aux mentions préexistantes en 2019, par un décret modifiant l'article R4301-2 du CSP.

## **4. Le dispositif méthodologique du recueil de données**

### **4.1. Choix de l'outil et objectifs du guide d'entretien**

L'objectif était de réaliser des entretiens semi-directifs afin de collecter des données qualitatives concernant plusieurs axes de mon sujet. Effectivement, l'entretien semi-directif est une méthode pertinente, largement utilisée dans les sciences sociales, permettant à la personne interrogée de répondre librement à des questions ouvertes préparées en amont.

Pour ce faire, j'ai établi un guide d'entretien (annexe I) reprenant les principales notions théoriques soulevées dans le cadre conceptuel.

### **4.2. Population interviewée et organisation mise en place**

J'ai souhaité interroger deux IDE exerçant en psychiatrie adulte. Initialement, je voulais interroger une IDE expérimentée et une IDE novice, afin de confronter le point de vue de deux personnes n'ayant pas le même niveau d'expérience. Cependant, mes recherches n'ont pas permis de trouver une IDE expérimentée. J'ai donc interrogé deux IDE exerçant dans deux services de psychiatrie différents, l'une en réhabilitation psychosociale, l'autre en UHSA.

Le premier entretien s'est déroulé en présentiel, et le second, en appel visioconférence sur Google Meet. Au début de chaque entretien, je demandais aux IDE l'autorisation d'enregistrement, en leur rappelant que l'anonymat serait conservé. Ensuite, j'ai évoqué le sujet de mon mémoire et les thèmes abordés afin de contextualiser mon propos.

### **4.3. Bilan du dispositif (points forts, difficultés, limites)**

Le bilan de ce dispositif d'enquête est positif car je n'ai pas eu de difficultés pour pouvoir m'entretenir avec les IDE. De plus, j'ai respecté les objectifs préalablement définis.

Les difficultés que j'ai pu rencontrer sont liées aux contraintes temporelles de retranscription des entretiens, puisque cela a été très chronophage.

La transcription des entretiens avec les infirmières est disponible en annexe II, et le tableau d'analyse est visible en annexe III.

## **5. Analyse descriptive des entretiens**

Afin d'analyser les données des deux entretiens, nous nous aiderons d'un tableau d'analyse (annexe II), dans lequel les données sont classées selon les objectifs de l'entretien et ensuite regroupées en fonction du thème abordé.

Pour un souci de clarté dans l'exposition de mon propos, et pour préserver l'anonymat des personnes interrogées, je nommerai l'infirmière exerçant en réhabilitation psychosociale Clara, et l'infirmière exerçant en UHSA, Louise.

### **5.1. Les émotions**

*Objectif : identification de l'émotion par le soignant ; définition, représentations, fonctions.*

Clara définit l'émotion comme un sentiment, quand Louise la perçoit comme un ressenti face à une situation vécue. Les deux IDE reconnaissent que les émotions sont des états affectifs qui passent par des manifestations corporelles propres à chacune d'entre elles, « un sentiment qui parcourt notre corps », « on va sûrement avoir une réaction physique », « le bonheur, on va avoir des larmes de joie, on va sourire, on va rayonner ». Elles se rejoignent aussi sur l'existence de plusieurs émotions telles que la joie, la peur, la colère et la tristesse.

Pour Clara, les émotions sont difficilement contrôlables face à la difficulté de certaines situations et histoires de vie des patients. Louise complète son propos en précisant que les émotions interviennent directement dans nos prises de décisions : « elle peut plus ou moins affecter notre façon d'agir ».

### **5.2. Le prendre soin**

*Objectif : aborder une définition par les soignants, faire le lien avec leurs pratiques professionnelles.*

Les points de vue des deux IDE convergent pour affirmer que le prendre soin passe par la relation d'aide, pour Clara c'est « un moment de partage et d'aide de l'autre », Louise associe le prendre soin à la notion d'accompagnement, en précisant « apporter tout ce dont il a besoin, au niveau physique et psychique ».

Les deux infirmières évoquent également des valeurs soignantes nécessaires au prendre soin. Clara met en lumière le concept de dignité : « considérer l'autre en tant que personne et pas en tant que malade », « une personne (...) qui a eu cette vie-là ». Pour Louise, l'empathie est essentielle « prendre soin c'est essayer de comprendre le patient au mieux ».

Ensuite, les deux professionnels de santé se rejoignent en spécifiant que le prendre soin passe à la fois par les traitements, le soutien psychique et les activités proposées au sein des services.

Clara étoffe davantage sa réflexion, elle le perçoit comme un concept propre à chaque personne et donc à chaque soignant : « prendre soin (...), c'est avant tout toi en tant que personne donc humaine ». Elle devance mes questions à venir en parlant d'intelligence émotionnelle : « la priorité c'est de se connaître, d'accepter de se faire soigner aussi », elle perçoit la nécessité de se protéger et de prendre soin d'elle : « si on ne prend pas soin de nous, on ne pourra jamais prendre soin des autres, on ne sera pas disponible émotionnellement ».

Enfin, Clara évoque la singularité des patients et la personnalisation des soins qui en découle pour répondre à leurs besoins : « on ne prend pas soin des personnes de la même manière ».

### **5.3. L'exercice infirmier en psychiatrie**

*Objectif : permet de caractériser la particularité du prendre soin en psychiatrie.*

J'ai ensuite cherché à comprendre les motivations professionnelles des infirmières, leur souhait d'exercer au sein d'un service de psychiatrie. Il en ressort des deux côtés un besoin de l'humain et avant tout un attrait pour les aspects relationnel et communicationnel, qui se font plus bruyant en psychiatrie qu'en service de soins généraux ; les deux infirmières utilisent le verbatim « côté relationnel » dans leurs propos.

Les deux professionnels conviennent d'une plus grande liberté temporelle en psychiatrie « plus de temps par rapport aux soins généraux », « en psychiatrie on a quand même plus de temps », tandis que la cadence de travail en soins somatiques les privait de temps, de moments pour échanger avec les patients « je ne me voyais pas faire du soin sans avoir le temps de discuter avec les gens ». On retient que le soin est davantage perçu sous un angle relationnel.

Les infirmières identifient de nombreuses médiations proposées, communes aux services de psychiatrie ; des jeux de société, une salle de sport, de la cuisine, et divers ateliers, notamment un atelier « émotions » pour aider les patients à cerner les émotions des autres.



Les deux soignantes se sont questionnées sur la violence, qu'elle soit verbale ou physique, associée à un sentiment d'insécurité quelques fois présent au sein des institutions psychiatriques.

Clara est la seule à identifier une organisation des soins différente des autres services. En l'occurrence, l'autonomie du patient est davantage préservée, il se déplace au poste de soins pour prendre ses traitements, l'infirmière ne se déplace pas « de chambre en chambre » pour faire les soins.

#### **5.4. Les mécanismes d'adaptation**

*Objectif : identifier les mécanismes d'adaptation mis en place par l'infirmier dans la gestion de ses émotions.*

Pour gérer leurs émotions, les deux IDE s'accordent sur la place centrale de l'équipe, perçue comme un pilier et une véritable ressource. Clara dit « toujours se référer aux collègues, ça donne une soupape », elle les qualifie même de « mine d'or ». Louise précise « on est une équipe hyper soudée, on n'hésite pas à parler entre nous ». Cela permet à chacun de débriefier, d'exprimer son ressenti et d'améliorer les prises en soins. Bien souvent, les émotions sont exprimées en salle de pause, entre collègues « pleurer ensemble pour une situation dure, oui le rire, les pleurs, à la fin ça arrive ».

L'expérience est aussi mentionnée par les soignantes, elle facilite la gestion des émotions. Selon Clara c'est « le fait de vivre des situations qui nous fait évoluer », mais également cela lui a également permis de prendre confiance en elle. Louise se sent désormais plus hermétique et arrive à prendre de la distance par rapport aux situations difficiles « maintenant j'arrive plus à me contenir ». Pour elle, le temps et l'expérience permettent de mieux cerner les mécanismes d'adaptation « au fil du temps tu apprends à voir ce qui fonctionne le mieux pour toi ».

Clara ressent le besoin de faire des activités à l'extérieur de l'hôpital pour libérer la pression, pour mieux se connaître et travailler sur sa respiration. Louise n'exprime pas ce besoin, elle arrive à dissocier le travail de sa vie personnelle « quand je rentre chez moi, le travail reste au boulot ».

Enfin, quand Clara sent que les émotions la submergent, elle n'hésite pas à prendre un temps de réflexion « se renfermer un peu sur soi-même », « ça permet de réfléchir à plusieurs possibilités ». Pour elle, le silence est très important dans sa relation avec le patient.

## **5.5. La communication dans les soins**

*Objectif : cibler la définition que les soignants ont de la communication, comprendre la place de la communication dans le soin et identifier ses limites.*

Ayant développé le concept de communication dans mon cadre théorique, j'ai brièvement échangé sur ce terme avec les infirmières interrogées.

Toutes deux s'accordent sur le fait que la communication passe par le langage du corps ou communication non-verbale « la communication par les gestes, même les attitudes », « la communication non-verbale, tu fais passer des émotions par ça ».

Les deux infirmières identifient des limites à la communication verbale. Ces biais de communication concernent les échanges avec les patients étrangers « les difficultés avec les patients qui ne parlent pas français ». Malgré l'existence d'un outil permettant de traduire au sein de son unité, Louise ajoute que la barrière de la langue est un frein à la transmission des émotions « à part faire des sourires, c'est compliqué (...) de faire passer des émotions ».

## **5.6. La place des émotions dans les soins**

*Objectifs : mettre en évidence la place des émotions dans les situations de soins vécues par les IDE. Identifier les retentissements de l'émotion soignante sur la prise en soin.*

Dans cette dernière partie d'analyse, nous apporterons les éclairages des IDE sur l'influence des émotions dans la relation de soins.

D'après Louise, la relation avec le patient ne serait pas possible si aucune émotion n'était manifestée chez le soignant « s'il n'y avait pas d'émotion du côté soignant, l'échange serait impossible ». L'émotion est donc facilitatrice de l'échange selon Louise.

Les IDE m'ont chacune rapporté des situations de soins compliquées avec des actes hétéro-agressifs de la part des patients. Ces situations les ont toutes deux déstabilisées, en générant chez elles de la peur et de la colère.

Face à une situation de violence verbale, Clara affirme que sa posture et son attitude ont fait pleurer la patiente. Elle me fait part d'éléments corporels relatifs à son état émotionnel sous-jacent, manifestés devant la patiente : « mes yeux devaient traduire ce que je ressentais », « ma voix » « je tremblais ». Aussi, elle a ressenti le besoin de pleurer en salle de soin, lorsque la patiente est partie « une fois que c'est fini, je lâche tout, là je pleure, fallait que ça sorte »

La deuxième situation évoquée par Clara, concerne la violence physique d'un patient lui ayant donné un coup-de-poing. Cette dernière s'est sentie en danger et a eu peur « il ne fallait pas que je tremble devant lui » « je me sentais en danger ». Elle dit ne pas pouvoir cacher ses émotions dans ce genre de cas. Ce sentiment d'insécurité, émanant du climat de violence propre à la psychiatrie, perdure dans les services. Cependant Clara dit « s'habituer à la violence » mais rappelle l'importance de « ne pas banaliser nos émotions ».

Louise, de son côté, a pu ressentir de la peur et de la colère face à la violence verbale de certains patients, elle et ses collègues ont été « tétanisés par une situation ».

Pour gérer au mieux ces situations, les infirmières n'hésitent pas à passer le relais à leurs collègues. Elles perçoivent la délégation comme un acte fondamental, permettant d'éviter aux soignants de tomber dans la maltraitance, selon Louise « il faut passer le relais aux collègues parce que tu penses que ce n'est plus soignant ». Clara peut se sentir fatiguée et saturer « des fois t'en peux plus », dans ce cas, elle délègue aux collègues « la meilleure option c'est de déléguer ». Elle ajoute également l'importance de bien se connaître afin d'identifier ses limites, car cela peut entraîner de mauvaises prises de décisions.

Si dans certains cas, l'expression de l'émotion soignante ne paraît pas adaptée, les infirmières s'accordent pour dire qu'elles sont un gage de confiance et améliorent l'alliance thérapeutique.

Effectivement, selon Clara « c'est super humain, ça a placé une relation de confiance ». Louise affirme que l'humour et la joie ont une place à part entière dans le soin « tu fais une blague, ça met tout de suite un climat de confiance » « le patient va avoir envie de venir vers toi, de te livrer des choses ». Clara notifie qu'il est important de connaître les patients, car tous ne sont pas réceptifs à l'humour, notamment lorsque l'identification des émotions se fait mal.

Le rire est fréquemment employé en psychiatrie, selon Louise, il permet de désamorcer certaines situations difficiles et est facile à transmettre « le rire c'est hyper facile à communiquer, le patient va sans doute rire ». Clara complète « ton émotion, ta propre émotion, tu vas essayer de la transmettre ». Les émotions interagissent donc entre elles, et les points de vue des infirmières convergent pour attester que les émotions ont leur place dans les situations car elles sont le plus souvent bénéfiques dans la relation avec le patient.

## **6. L'analyse interprétative ou discussion**

Dans cette dernière partie, nous confronterons les résultats de l'analyse descriptive obtenus lors des entretiens avec les professionnels, avec les données de mon cadre conceptuel. J'ajouterai mon opinion et une projection en tant que future professionnelle. Il s'agira avant tout d'essayer de répondre et d'évaluer la pertinence de ma question de départ « Dans quelles mesures les émotions de l'infirmier influencent-elles la prise en soins des patients en psychiatrie ? » pour converger vers une question de recherche.

Dans l'ensemble, les concepts développés dans le cadre théorique ont été repris par les infirmières interrogées. Cependant, la notion d'entraide au sein de l'équipe, nécessaire lorsque les émotions du soignant sont mises à mal, a été souvent reprise par les IDE et n'apparaît pas dans mon cadre théorique.

Afin de faciliter la lecture, cette discussion reprendra les grands axes de mon cadre conceptuel.

### **6.1. Les émotions**

#### **6.1.1. Une définition difficile à élaborer**

Que ce soit dans la littérature ou auprès des infirmières interrogées, la définition d'une émotion est très labile et difficile à ébaucher. Effectivement, je pense que ce concept renvoie à une expérience subjective, pour laquelle il n'est pas toujours aisé de poser des mots.

Dans la définition donnée par David Le Breton (2004), l'émotion est une réaction psychologique et physique plus ou moins vive à une situation sociale ou un événement donné. L'émotion ne peut donc pas être vécue en l'absence de facteurs la déclenchant. Ceci converge avec la vision de l'émotion par Louise, pour qui les émotions s'expriment face à une situation vécue. Cependant, Clara perçoit l'émotion comme un sentiment, elle fait donc l'analogie de ces deux termes qui ne s'inscrivent pas dans la même dimension temporelle. La littérature et les infirmières s'accordent sur une manifestation physique exprimée par les personnes lorsque certaines émotions les traversent.

Les deux IDE ont identifié certaines émotions universelles, telles que la peur, la colère et la tristesse, également développées par les auteurs.

## 6.1.2. Les émotions au cœur du prendre soin

### **Le prendre soin**

La définition du prendre soin donnée par les infirmières s'accorde avec la pensée de Walter Hesbeen (1997) « prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière », le soin s'inscrit alors dans une perspective aidante, il s'agit d'une relation d'aide.

Effectivement, Clara associe le prendre soin au partage et à l'aide de l'autre, Louise ajoute qu'il s'agit de répondre aux besoins perturbés du patient. « Le prendre soin » concerne la considération de l'humain de tout un chacun, cependant c'est une aptitude nécessaire à l'exercice du métier d'infirmier.

Les dires des deux infirmières coïncident pour affirmer que des valeurs soignantes sous-tendent le prendre soin et soulignent l'importance de personnaliser les soins. Chaque patient a sa singularité, c'est pourquoi Clara a mis en lumière le concept de dignité, valeur intrinsèque et universelle développée par Kant en 1785. Ainsi, il est nécessaire d'avoir une approche holistique auprès de chaque patient pour répondre au mieux à ses besoins en fonction de son histoire de vie.

Ma pensée et ma posture professionnelle s'accordent avec la vision que Clara a du prendre soin, car selon moi, il existe autant de prendre soin qu'il existe de soignants. En effet, notre prendre soin reflète notre personne en tant qu'humain et non en tant que soignant. En tant que future professionnelle, mon souhait est de toujours questionner ma pratique professionnelle et d'évaluer la qualité des soins prodigués.

### **La place des émotions dans la relation de soin**

Dans son ouvrage, Didier Dubasque précise différentes fonctions remplies par les émotions. Selon lui, ces dernières peuvent tout d'abord nous inviter à agir et affecter nos prises de décisions. Cette idée est confirmée par la réponse de Louise, infirmière à l'UHSA : « elle peut plus ou moins affecter notre façon d'agir ».

Ensuite, d'après ce même auteur, les émotions permettent d'appréhender le monde qui nous entoure et permettent de nous mettre en relation. Cela rejoint les mots de Louise : « s'il n'y avait pas d'émotion du côté soignant, l'échange serait impossible », selon elle, la relation soignant-soigné ne pourrait pas avoir lieu en l'absence d'émotions et serait complètement hermétique. Les deux IDE affirment que les émotions sont un gage d'authenticité, et permettent d'établir une relation de confiance avec le patient, qui se sent ainsi compris et entendu.

Je pense que face aux injonctions « les émotions ça restent dans le vestiaire » ou encore « les pleurs c'est dans le placard », souvent entendues au sein des services de soins, il est d'usage que certains

soignants essaient de contenir leurs émotions face aux patients. Pour moi, il est nécessaire d'être le plus authentique possible afin de prodiguer des soins de qualité, cela passe par la communication et nécessairement par l'expression de nos émotions. Certes, il ne faut pas que ces dernières prennent des proportions démesurées et en deviennent néfastes dans la relation à l'autre ; il n'en demeure pas moins que nous sommes des êtres-humains et non des clones bienfaisants. Les émotions sont également un marqueur de notre singularité et de notre expérience personnelle.

### 6.1.3. La gestion des émotions

#### **Les mécanismes d'adaptation**

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, de nombreux mécanismes d'adaptation permettent de gérer nos affects, ils peuvent naître d'un processus conscient ou inconscient. Le terme d'intelligence émotionnelle, repris à tout-va dans les livres de développement personnel, fait désormais partie de la culture populaire. Clara a repris ce concept lors de mon entretien « la priorité c'est de se connaître » en précisant que si nous ne prenons pas en compte nos propres émotions, on ne pourra pas prendre soin de l'autre. Clara dit se sentir ébranlée par certaines situations de soin compliquées ou histoires de vie chaotiques, dans ce cas, il est difficile pour elle de gérer ses émotions.

Les mécanismes de défense, concepts nés de la psychanalyse, n'ont pas été abordés par les infirmières interviewées. Ces derniers relevant de l'inconscient, les infirmières n'ont peut-être pas pensé à les aborder.

#### **L'équipe, régulatrice et médiatrice de nos émotions soignantes**

Les deux infirmières m'ont rappelé l'importance de l'équipe dans la gestion de leurs émotions. L'équipe permet d'établir des moments de *debriefing* permettant à chacun de s'exprimer au sujet d'une situation difficile, d'identifier ce qui a été compliqué et d'élaborer des axes d'amélioration pour les prochaines fois. Ce climat d'entraide permet aux IDE de se sentir moins seules, mais également de libérer leurs émotions « pleurer ensemble pour une situation dure, oui le rire, les pleurs, à la fin ça arrive », afin de ne pas rentrer chez elles avec des inquiétudes.

Lors de mes différents stages, il m'est arrivé de vivre des situations difficiles telles que des décès ou de faire face à la violence verbale de certains patients, j'ai parfois pleuré. L'équipe s'est toujours montrée disponible pour accueillir mes inquiétudes et m'a toujours accompagnée.

## **L'expérience, facilitatrice dans la gestion des émotions.**

Lorsque j'ai élaboré mon guide d'entretien, il était évident pour moi de poser une question relative à l'expérience et de savoir si cette dernière avait un impact dans la gestion des émotions. Pourtant, j'ai omis d'explorer cette dimension dans mon cadre conceptuel. J'ai donc recherché des données à ce sujet, il s'avère que l'expérience est étroitement corrélée à l'intelligence émotionnelle, puisque c'est l'ensemble des situations vécues, qui permet de mieux nous connaître, ainsi cela nous permet de mieux identifier nos émotions. Pour Clara, le fait de vivre les choses, permet de faire évoluer, mais aussi de prendre confiance en soi. Quant à Louise, l'expérience lui permet de prendre de la distance et de se sentir moins submergée par ses émotions.

Pour ma part, je pense que l'expérience est essentielle pour gérer les émotions soignantes. En effet, je peux déjà percevoir mon évolution personnelle entre mon arrivée à l'IFSI et l'approche de ma diplomation.

Faire la part des choses, dissocier la vie personnelle de la vie professionnelle, dépend de tout un chacun. Les points de vue des IDE ne se rejoignent pas là-dessus, car Clara a besoin de faire des activités à l'extérieur de l'hôpital, quand Louise ne ressent pas ce besoin.

## **6.2. Les soins infirmiers en psychiatrie**

J'ai cherché à comprendre les motivations professionnelles des infirmières interrogées, leur souhait d'exercer au sein d'un service de psychiatrie. Pour elles, il s'agit avant tout d'un besoin de l'humain et d'un attrait pour les aspects relationnels du métier d'infirmier.

Parmi les soins proposés en psychiatrie, il existe de nombreuses médiations. Au sein de l'UHSA, un atelier émotions a été mis en place pour aider les patients à mieux reconnaître les émotions de leurs interlocuteurs.

### **6.2.1. Les émotions mises à mal par la violence verbale et physique**

Les IDE m'ont chacune rapporté des situations de soins compliquées avec des actes hétéro-agressifs de la part des patients. L'HAS ajoute effectivement qu'un climat de violence règne dans les services de psychiatrie. Face à certaines situations, il est difficile pour Clara et Louise de contenir leurs émotions, et parfois, elles expriment leur colère en présence des patients. Pour les soignantes, il est essentiel de savoir déléguer aux collègues pour ne pas tomber dans la maltraitance.

### 6.2.2. Les émotions dites « positives » en psychiatrie

Si dans certains cas, l'expression de l'émotion soignante ne paraît pas adaptée, ces dernières sont aussi gage de confiance et améliorent l'alliance thérapeutique. Pour les deux infirmières, dans la majorité des cas, les émotions ont tout leur place au sein de la relation soignant-soigné.

Le rire est fréquemment utilisé en psychiatrie, il permet d'étayer certaines situations compliquées, mais aussi d'instaurer une relation de confiance avec les patients.

Selon moi, le rire peut jouer un rôle important en psychiatrie en tant qu'outil thérapeutique. Lorsque certains patients sont en situation de détresse émotionnelle, le rire peut les aider à réduire l'anxiété et favoriser à la détente physique et mentale. Aussi, le rire permet de créer un environnement plus détendu et le patient peut discuter plus ouvertement de sujets difficiles.

Au regard des éléments étudiés, de l'analyse des données émanant des deux professionnelles de santé et de la compréhension qui en émerge, je m'interroge sur le lien entre l'investissement émotionnel de l'infirmier, la gestion de ses émotions et la prise en soins des patients hétéro-agressifs en psychiatrie. Ainsi, ce travail de recherche permet de poursuivre ma réflexion en émettant la problématique de recherche suivante : **Dans quelle mesure l'investissement émotionnel de l'infirmier et la gestion de ses émotions peuvent-ils influencer la prise en soins d'un patient hétéro-agressif en psychiatrie ?**



## 7. Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche touche à sa fin et signe l'aboutissement de 3 années d'études en soins infirmiers, d'une richesse humaine inébranlable.

Nous avons pu mettre en évidence l'importance de la prise en compte des émotions de l'infirmier dans la pratique des soins en psychiatrie. Les infirmiers sont en première ligne pour répondre aux besoins des patients souffrant de pathologies psychiques, et leur état émotionnel peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins prodigués. Les émotions de l'infirmier peuvent avoir un impact sur la relation avec le patient, ainsi que sur l'efficacité et la qualité des soins.

Il est essentiel de reconnaître ses propres limites émotionnelles et de développer des stratégies pour gérer ces émotions. Cela peut inclure des interventions de soutien psychologique, des programmes de formation pour développer des compétences relationnelles et émotionnelles, ainsi que des mesures organisationnelles pour améliorer les conditions de travail. Les émotions de l'infirmier doivent être gérées de manière appropriée afin de ne pas nuire à leur bien-être mental et à celui des patients qu'ils soignent.

A travers ce travail de recherche, nous avons pu voir l'importance de questionner ses pratiques professionnelles tout au long de sa carrière.

La rédaction de ce mémoire m'a permis de développer des compétences en recherche, notamment lors de la collecte et l'analyse de données. Cette expérience enrichissante m'a également ouvert l'esprit sur un ensemble de notions qui m'étaient jusqu'alors inconnues, j'en sors grandie.

J'ai pu identifier et caractériser quelle professionnelle de santé je souhaitais devenir ; ce travail a fait mûrir mon choix quant au souhait d'exercer en psychiatrie.

## Bibliographie

### Articles de périodique

- Hamon, G. (2022). Choisir d'être infirmier en psychiatrie. *Soins Psychiatrie, Volume 43 (n°342)*, Pages 42-43. <https://www.em-premium.com/article/1561593/resultatrecherche/1>
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, 64, 4559. <https://doi.org/10.3917/th.641.0045>
- Épisodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ? (HAS en 2016)

### Livres

- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (Nouvelle éd.). PUF.
- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques* (3e éd). Bréal.
- Damasio, A. R. (1994). *L'erreur de Descartes la raison des émotions* (M. Blanc, Trad. Nouvelle édition). Odile Jacob.
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.
- Freud, S. (2013). *L'inconscient*. Éditions Payot & Rivages.
- Giordana, J.-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier/Masson.
- Goleman, D., & Piélat, T. (1999). *L'intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence*. France loisirs.
- Guelfi, J. D. (1996). *DSMIV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4th ed). Masson.
- GUILABERT, C. (Éd.). (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J.-D. GUELFY, M.-A. CROCQ, P. Boyer, C.-B. PULL, & M.-C. PULL, Trad.; 5th éd.). Elsevier Masson.

- Guillet, L. (2012). Chapitre 1. Les modèles de stress. Dans : , L. Guillet, *Le stress* (pp. 9-38). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Hesbeen, W. (2011). *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.
- Laizeau, A., & Galopin, C. (2020). *Engager ses émotions dans la relation d'aide*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Le Breton, D. (2004). *Les passions ordinaires : Anthropologie des émotions*. Ed. Payot & Rivages.
- Lemaire, P. (2021). *Émotion et cognition*. De Boeck supérieur.
- Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (2<sup>ème</sup> édition). Seli Arsan.
- Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2009). *Comprendre les émotions : Perspectives cognitives et psycho-sociales*. Mardaga.
- Phaneuf, M., & Gendron, F. (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique* (2e édition). Chenelière Éducation.
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : Sociologie de la maladie mentale*. Colin.

#### Dictionnaires et encyclopédies

- *Dictionnaire de la psychanalyse* (5ème).
- *Dictionnaire de l'Académie Française* (9ème).
- *Dictionnaire Le Robert en ligne*
- *Dictionnaire Le Gaffiot en ligne*

#### Documents multimédias

- Déchalotte, M. (2017, 16 novembre). *La relation soignant-soigné : Consentement et violence en obstétrique et en psychiatrie* [podcast]. Dans *LSD, la série documentaire*. France Culture.

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/consentement-et-violence-en-obstetrique-et-psychiatrie-1449210>

- Messenger, D. (2022, 1<sup>er</sup> mai). *Psychiatrie, la grande oubliée de la médecine française*. Dans *Interception*. France Inter.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/interception/interception-du-dimanche-01-mai-2022-1242853>

- Philibert, N (réalisateur). (2023). *Sur l'Adamant* [Documentaire]. Les films du losange.

### Pages Web individuelles

- Auteur inconnu (2016, novembre). Épisodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ? [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2724825/fr/episodes-de-violence-des-patients-hospitalises-en-psychiatrie-comment-les-eviter-comment-mieux-les-gerer](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2724825/fr/episodes-de-violence-des-patients-hospitalises-en-psychiatrie-comment-les-eviter-comment-mieux-les-gerer)

### Textes législatifs

- LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>
- Article R4311-5 - Code de la santé publique. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043856893](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893)
- Article R4311-6 - Code de la santé publique. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913893?init=true&page=1&query=R4311-6&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913893?init=true&page=1&query=R4311-6&searchField=ALL&tab_selection=all)
- Article R4301-2 - Code de la santé publique. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044248292](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044248292)

## Images

- Images page de garde, les 6 émotions de base selon Paul Ekman : <https://hypnose-bouscat.fr/les-emotions-primaires/>
- Modèle communicationnel de Shannon et Weaver : [https://www.persee.fr/doc/colan\\_0336-1500\\_1992\\_num\\_93\\_1\\_2](https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2)

## Annexe I – Guide d’entretien

Questions	Objectif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ?</li> <li>- Pourquoi avoir choisi les services de soins psychiatriques ?</li> </ul>	<p>Permet d’introduire l’entretien, d’analyser le point de vue du professionnel selon son expérience et son vécu.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En quoi le prendre soin d’un patient en psychiatrie est-il différent du prendre soin d’un patient dans les services de soins généraux ?</li> </ul>	<p>Permet de caractériser la particularité du prendre soin en psychiatrie.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, que signifie « prendre soin » ?</li> </ul>	<p>Aborder une définition par les soignants, faire le lien avec leurs pratiques professionnelles.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, que signifie le terme « émotion » ?</li> </ul>	<p>Identification de l’émotion par le soignant. ((Définition, représentation, fonction).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous m’évoquer une situation de soin où vos émotions étaient engagées/manifestées auprès du patient ?</li> <li>➔ Selon vous, cela a-t-il influencé le prendre soin du patient ? Pourquoi ?</li> </ul>	<p>Permet d’évoquer une situation réelle vécue par le soignant afin d’illustrer les notions théoriques.</p> <p>Identifier les retentissements de l’émotion soignante sur la prise en soin.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En quoi les émotions ont leur place dans la relation de soins ? Peuvent-elles être bénéfiques ?</li> </ul>	<p>Mettre en évidence la place des émotions dans les situations de soins vécues par les IDE.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels types de mécanismes mettez-vous en œuvre pour gérer ces émotions ?</li> </ul>	<p>Identifier les mécanismes d’adaptation mis en place par l’infirmier dans la gestion de ses émotions.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà éprouvé des difficultés de communication avec les patients ?</li> </ul>	<p>Cibler la définition que les soignants ont de la communication, comprendre la place de la communication dans le soin et identifier ses limites.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En quoi l’expérience vous permet d’appréhender différemment certaines situations de soins difficiles ?</li> </ul>	<p>Identifier l’influence de l’expérience sur les prises en soins difficiles.</p>

## **Annexe II – Transcription des entretiens**

### **Entretien N°1 : IDE en réhabilitation psychosociale**

**ESI :** Du coup, est-ce que tu peux me rappeler et me décrire ton parcours professionnel ? Ton parcours aussi en tant qu'étudiante infirmière ?

**IDE :** OK. Je vais commencer chronologiquement. Donc j'ai fait mes études à Guillaume Régnier de 2017 à 2020. Mon parcours de stage, j'ai fait de la MAS, de l'EHPAD, de l'USLD, de la gériatrie-psychiatrie. J'ai fait de la chirurgie gynécologique à l'hôpital sud, j'ai fait de l'admission en psychiatrie, j'ai fait de la chirurgie cardiaque, de l'HAD et mon stage pré-pro en admission en psychiatrie aussi.

**ESI :** D'accord.

**IDE :** J'ai été diplômé en juillet 2020. En septembre, j'ai postulé uniquement à l'hôpital Psy à Guillaume Régnier, parce que c'est là où je voulais travailler, mais je n'avais pas envie spécialement d'aller au CHU, ni même aux soins généraux tout court. Ce n'était pas mon envie. Donc j'ai postulé à Guillaume Régnier, en une semaine, je travaillais déjà. J'ai fait six mois de nuits, dans lesquels je suis allée dans des services d'addictologie et beaucoup d'admission. Et je tournais, on tournait beaucoup. Et comme la nuit, physiquement, c'était dur, mon corps ne supportait pas la nuit, j'ai demandé à passer de jour. Donc je suis passée de jour en mars 2021, où j'ai pu aller dans un service qui s'appelle \*\*\*\*\*, qui est le service où je suis toujours. Ça fait deux ans que j'y suis. C'est un service de réhabilitation, donc c'est un service tremplin où tous nos patients ont des projets. Donc ça peut aller de l'EHPAD, au foyer de vie, aux appartements thérapeutiques. Voilà, globalement, c'est ça ce service et mon parcours c'est ça.

**ESI :** D'accord, merci. Et du coup, pourquoi tu as choisi plutôt de t'orienter vers les soins psychiatriques plutôt que les soins généraux ?

**IDE :** Et bien je pense que j'avais une préférence lors de mes stages. Moi, j'aimais beaucoup la communication avec les patients, ça me passionnait. En fait, le côté très humain, le côté...c'est bizarre, mais moi, j'aime pas faire mal aux patients. Je n'aime pas leur faire des piqûres. Une prise de sang, je vais la faire puisqu'il faut la faire.

**ESI :** Tu trouves qu'il y a un petit côté sadique là-dedans ? (rires).

**IDE :** Oui c'est pas ce que je préfère. Moi, c'est pas...je me suis rendue compte vraiment très, très vite de ça pendant mes études, c'était que j'allais vraiment faire les soins, qu'il fallait faire, les pansements, je ne sais pas s'il fallait faire des stomies, enfin tous les soins qu'il fallait faire, j'allais les faire, mais ce

n'était pas du tout moi, ce qui me passionnait vraiment. J'ai jamais voulu faire des urgences, j'ai jamais voulu faire de la réa, jamais. Moi, je voulais vraiment le côté relationnel à fond et je l'ai retrouvé le plus à mon sens, vraiment à mon sens en psychiatrie. Parce que le côté relationnel que j'avais, par exemple, que j'avais vécu en chirurgie, et ben il était beaucoup en lien avec les cancers, beaucoup autour de la mort et ça moi j'avais aussi un peu plus de mal. C'était pas non plus là où je voulais aller, donc ce n'était pas le palliatif. Ah oui, j'ai fait un stage en palliatif aussi, d'une semaine.

**ESI :** Ah oui c'était un stage obligatoire, nous on l'a plus, c'était de l'observation ?

**IDE :** Oui, c'était de l'observation, c'était très intéressant mais le côté de la fin de vie ne m'intéressait pas. Ce n'était pas non plus les enfants parce que j'aime trop ça et je pense que j'aurais trop mal de les voir malades. Par contre, là où je sentais que je m'épanouissais, c'était avec les personnes en situation de handicap. Et donc j'avais adoré la MAS.

**ESI :** A Thorigné ?

**IDE :** Oui, c'est ça. J'avais adoré. Et puis c'est vrai que l'admission m'avait vraiment plu aussi. Et donc je m'étais dit OK, je vais postuler là-bas. La réhabilitation me donnait envie, mais je n'en avais jamais fait et en fait, la vie a fait que j'ai été prise dans le service de réhabilitation et j'y suis toujours depuis deux ans et je n'ai pas du tout envie de partir pour l'instant, il y a trop de choses à faire, c'est trop intéressant.

**ESI :** De toute façon je pense que la psychiatrie ne peut pas exister sans réhabilitation.

**IDE :** C'est ça, ça fait partie, je pense, si on doit faire un circuit, ça peut faire partie du circuit. Ouais. Hum.

**ESI :** OK et donc du coup, ben là, en psychiatrie, tu trouves que t'as aussi beaucoup plus le temps de parler avec les patients par rapport aux soins généraux ?

**IDE :** Complètement. Alors là, rien à voir. Alors il y a quelque chose qui est différent par rapport aux soins généraux. Nous faut voir notre service comme... c'est un service où par exemple, pour donner les traitements, c'est les patients qui viennent à la pharmacie, c'est pas nous qui nous arrêtons de chambre en chambre. Leur chambre, c'est leur espace, c'est chez eux. Les soins, c'est dans notre pharmacie. On ne va pas faire les soins dans leur chambre, sauf exceptions, bien sûr, ils ne peuvent pas se déplacer, il y a un lit médicalisé, là oui, on va faire les soins dans leur chambre. Mais sinon, on peut avoir aussi beaucoup d'espaces communs. Donc il y a un salon où, par exemple moi, je vais, je vais m'asseoir à côté d'eux, on va discuter ensemble, on va leur proposer des balades, on va leur proposer des sorties, des jeux de société, plein de choses. Et ça, ça crée un lien immense, un jeu de société c'est un soin, c'est incroyable



de s'en rendre compte, on peut se rendre compte, pendant un jeu de société, des troubles cognitifs du patient ou au contraire ah ce patient-là autiste, il ne parle pas, mais il sait très bien les chiffres et les couleurs. OK, ça par exemple, on savait pas, mais là on l'apprend grâce au jeu.

**ESI :** OK, bon là ça se répète un peu. En quoi le prendre soin d'un patient en psychiatrie est-il différent du prendre soin d'un patient dans les services de soins généraux ?

**IDE :** Eh ben moi, je pense que prendre soin, ça dépend énormément de nous-mêmes, en tant qu'humain humaine et en tant que soignant aussi. Oui, je pense que c'est une philosophie de vie un peu le soin parce que moi, j'adore voir le soin comme un moment de partage et d'aide aussi de l'autre. C'est vrai qu'un soin, tu me diras, ça peut être aussi une injection. C'est vrai, ça peut être ça aussi. Mais moi, je vois plus le soin comme un échange aussi. Ça peut être un échange. Je trouve que ça fonctionne très bien comme ça en tout cas. Ça peut même remplacer des fois un traitement, un traitement en psychiatrie, donc un anxiolytique qui peut enlever l'anxiété, enfin, la réduire, des fois ça l'enlève pas ou alors ça la masque, c'est pas magique.

**ESI :** Oui la parole est toujours là comme béquille au traitement.

**IDE :** Ça, et des fois même plus qu'une béquille et que la béquille, c'est le traitement. Des fois. Encore une fois, c'est pas toujours pareil en fonction du patient. C'est en fonction des fois, en fonction de nous aussi, parce que peut être qu'on a besoin d'équilibre. Si dans notre vie à côté, on prend pas soin de nous, on pourra jamais prendre soin des autres parce qu'on ne sera pas, on sera pas disponible émotionnellement. C'est ça. On ne sera pas disponible émotionnellement pour le faire. Ça, c'est prioritaire. Je pense que la priorité, c'est aussi de se connaître et d'accepter de se faire soigner nous aussi.

**ESI :** Oui, c'est un peu l'intelligence émotionnelle, c'est à dire qu'il faut bien se connaître soi, connaître ses émotions pour pouvoir prendre soin de l'autre. Parce que sinon, ça ne marche pas.

**IDE :** Tout à fait. C'est ça, ses émotions, et même reconnaître quand on est fatigués. Reconnaître tout ça, c'est super dur parce que même si on est fatigué, on doit aller travailler, donc essayer de jongler avec la fatigue tout en l'écoutant, c'est très dur. Je dis ça, j'ai beau le dire, des fois, c'est super dur, on ne peut pas toujours le faire.

**ESI :** OK, du coup, ça signifie quoi pour toi prendre soin ?

**IDE :** Pour moi, prendre soin, ce serait considérer l'autre en tant que personne et pas en tant que malade. Déjà, déjà ça je pense. OK la personne entend des voix, nous, on dit qu'elle est schizophrène, par exemple. Mais en attendant, c'est madame X. Généralement, on appelle les patients par leur prénom, c'est cette personne avec ce prénom qui a eu cette vie-là et ensuite qui a cette pathologie. Et moi, je vais

parler à la personne, je ne vais pas parler à la pathologie. C'est pour ça que je reviens sur le fait pour moi de dire que prendre soin, c'est je pense que c'est avant tout toi en tant que personne, donc humaine. Comment tu vois le soin ? Je pense qu'il y a autant de façons de prendre soin que de personne. Moi, je le vois comme ça. Et peut-être même que de patients, parce que on ne prend pas soin des personnes de la même manière.

**ESI :** Du coup, il y a autant de normalité que d'êtres humains.

**IDE :** Oui, c'est ça. Exactement. Ouai carrément. Oui, moi je le vois comme ça.

**ESI :** Et sur ce point-là aussi, qu'est-ce que ça signifie pour toi le mot émotion ?

**IDE :** Wow, c'est une super bonne question. Alors pour moi, le mot émotion...

**ESI :** Qu'est-ce que ça représente ? Comment tu vois les émotions ?

**IDE :** Moi, je verrai une émotion comme une... j'ai envie de dire le mot sentiment, même si je sais que c'est pas trop, c'est peut être un synonyme, je ne sais pas, mais on va dire quand même sentiment parce que je vais essayer de trouver un synonyme, une émotion pour moi, ce serait comme un sentiment qui parcourt notre corps. Ça veut dire qu'on va sûrement avoir une réaction physique même derrière. Le bonheur, on va avoir des larmes de joie, on va être sourire, on va, on va, on va rayonner même peut être quelqu'un qui rentre dans un service et qui pardon, mais qui fait la gueule, ça plombe tout le monde, ça va plomber une ambiance. Quelqu'un qui dit bonjour, qui est souriant, qui est jovial, les patients vont le ressentir aussi. Je pense que nos émotions, par contre, des fois, on ne peut pas les contrôler non plus. Savoir que, en tant qu'être humain, eh bien, les situations peuvent aussi émotionnellement nous ébranler. Il ne faut pas, Il ne faut pas oublier non plus. Donc une émotion, s'il fallait que je dise encore un truc, je dirais que ça peut être non contrôlé.

**ESI :** Et donc très bien. Du coup, est ce que tu peux évoquer une ou des situations de soins ou tes émotions étaient engagées/manifestées auprès du patient ?

**IDE :** Oui, ok, je vais essayer de trouver des différentes émotions du coup. Alors une fois on a une patiente qui est carencée, affective et qui souffre de gros troubles de la personnalité et qui souvent nous met à l'épreuve, moi ça faisait trois mois que j'étais là et on m'avait prévenu qu'un jour ou l'autre elle allait sûrement me tester. Et donc je donnais ce jour-là les traitements en pharmacie et. Et j'observais sa prise de traitement comme on fait avec tous les patients, comme je le faisais depuis le début. Mais elle s'est sentie persécutée à ce moment-là. Je la regardais prendre son traitement, donc je ne lui faisais pas confiance, selon elle. Donc elle s'est énervée contre moi. Elle s'est énervée sur moi et à ce moment-là, elle s'est rapprochée à quelques centimètres de mon visage, en fait avec ses yeux pour rentrer en

confrontation avec moi. Et je lui ai demandé de reculer parce que quand même, ça peut devenir dangereux, tout en lui disant que j'ai un petit dispositif sur moi qui s'appelle le PTI qui est rangé dans notre petite poche, à côté, au-dessus de notre poitrine. Là, et si jamais on est dans une situation à risque, on peut tirer ce PTI et sachant que chaque personne normalement a un PTI sur lui, ça va sonner pour lui. Il saura où est le problème et viendra nous aider. Et donc moi, je la préviens que si elle continue à se rapprocher de moi, je vais tirer le PTI. C'est quelque chose qui lui fait peur, donc elle se recule un petit peu. Mais du coup, elle m'a insulté avec des mots complètement obscènes et en insultant même mes parents qu'elle connaît évidemment pas du tout. Alors, en disant des choses sexuelles à leur propos, vraiment, si je dois les dire entre guillemets, c'était je vais baiser tes parents devant toi dans les chiottes. Donc il y avait une intention énorme de me faire du mal de rentrer peut-être en moi comme ça. Moi évidemment, ça m'a énervé évidemment. Là, je me suis dit elle ne peut pas, elle n'a pas le droit, elle est malade mais ça n'excuse pas tout. C'est très pervers de dire un truc pareil et du coup, je me suis énervée. Ça, c'était mon émotion. Je me suis énervée contre elle, je n'ai pas dit de mots obscènes. Bien sûr, je suis restée professionnelle. En fait, à un moment, j'ai dû couper mes oreilles pour réfléchir à moi-même à prendre une respiration. Et à rentrer dedans. Mais professionnellement, ça veut dire que je ne suis pas allé avec mes poings. Je ne suis pas allé avec des vulgarités, mais je lui ai dit les choses, mais je ne m'en souviens même pas. C'est vraiment c'est l'adrénaline qui a dû parler. Je ne sais pas l'instinct de survie. Je ne me souviens même pas ce que j'ai dit. Mais je l'ai fait pleurer et elle est sortie de la pièce. Mais je me souviens pas, je me souviens pas des mots que j'ai utilisés.

**ESI :** Donc t'étais plutôt en colère.

**IDE :** J'étais en colère profondément. Donc elle est ressortie de la pièce et j'ai refusé ces excuses ce soir-là. Donc elle est revenue ce jour-là pour s'excuser. Je lui ai dit Non, je ne suis pas en état d'accepter vos excuses. Je les accepterais peut-être plus tard et je les ai acceptées le lendemain pour la faire attendre. C'était volontaire de ma part et là, j'ai vécu un moment D'abord sur le moment, j'ai eu peur au début, j'ai eu super peur. Je me suis dit parce qu'elle avait les mains les poings fermés. Je me suis dit Je vais me recevoir, hein, Je vais recevoir un coup.

**ESI :** Et tu penses qu'elle voyait que tu avais peur ?

**IDE :** Alors ce qui est particulier, c'est que j'avais un masque

**ESI :** Ah oui, là vous avez toujours le masque ?

**IDE :** Non, on ne l'a plus depuis quelques semaines. Mais on l'avait et en fait, ça m'a. Moi, je me suis protégée par ce masque parce que du coup, il y avait juste mes yeux qu'elle voyait. Et je pense que mes yeux devaient traduire à peu près ce que je ressentais. Parce que moi, c'est par là que j'ai réussi en tout

cas à lui faire passer quelque chose. Je parlais en même temps, mais peut être que je tremblais en même temps de mes lèvres ou peut être de mes joues et ça elle n'a pas vu. Donc elle a vu juste mes yeux et elle a entendu ma voix. Et moi, je me suis sentie protégée par ce masque aussi qui cachait un petit peu mon visage. Sachant que je venais d'arriver en plus donc j'avais besoin d'un peu de cette distance. Peut-être qu'elle m'a aidée même. Donc j'ai eu un peu peur. Même j'ai eu peur. J'ai eu de la colère et après, une fois que la colère est sortie, là, c'est les tremblements et les pleurs. Cachés. Bien sûr, je ne montre pas au patient, je finis de donner tous mes traitements et dix minutes une fois que c'est fini, quand je lâche tout, oui, là, je pleure, fallait que ça sorte

**ESI :** Et du coup tu pleures dans le poste de soins, avec tes collègues, toute seule dans le vestiaire ?

**IDE :** Une petite larme toute seule. Et lorsque ma collègue est venue me voir pour me féliciter parce que j'avais une collègue pas loin qui allait, en fait, elle entendait tout. Elle pouvait voir tout. Mais il ne fallait pas qu'elle intervienne. Si elle intervenait, ça voudrait dire que la patiente, Ça veut dire que moi, je n'aurais pas su gérer cette patiente et la patiente l'aurait compris. Donc elle aurait recommencé. J'aurais été comme un punching ball. C'était un test. Il fallait que je réussisse ce test si je voulais me faire entre guillemets, un peu respectée après par cette patiente, montrer que je ne me laisse pas faire la dureté qu'il faut avoir, sachant que je suis quelqu'un de petit. Je suis petite, je suis assez maigre et bien devant une patiente qui était qui est obèse par exemple, qui est beaucoup plus impressionnante que moi. Il fallait que je m'impose et donc c'est moi, c'est les mots, ça a été les mots et peut être l'attitude aussi. Du coup, parce que je pense que tu essayes de te grandir tant bien que mal, tu écarter un petit peu les pieds pour prendre une stabilité. Tu essayes en tout cas de montrer que t'es présente dans la pièce et t'as pas le choix. Il faut. Tu sais que tu te sers de ta voix, même si elle n'est pas très forte. Ben moi, ça a marché ce jour-là et les autres fois d'après. Parce que bien sûr, ça s'est réitéré, mais jamais aussi fort pour cette patiente-là.

**ESI :** D'accord

**IDE :** Donc celle-là j'ai ressenti plusieurs émotions à la fois, et à la fin, j'ai pleuré. Oui, avec une de mes collègues qui m'a félicité, qui m'a dit bravo Tu as réussi, c'est bon, elle va te respecter et ça m'a fait du bien aussi de l'entendre. Je me suis dit bon, j'ai quand même réussi, mais ça a été dur, ça a été très dur. Donc ça, ça a été principalement colère, peur. Et puis même un peu désarroi parce que je me suis dit wow ! C'est violent quand même ce qu'on peut recevoir, Donc là, c'était violence verbale, une autre situation, une violence physique cette fois, que j'ai vécue. Alors je devais aller faire une prise de sang dans la chambre d'un patient qui est dangereux. Ce patient est dangereux. Pourquoi ? Parce qu'il a des troubles du comportement qui font que souvent, tous les matins, il peut avoir des cas de violence, des faits de violence, C'est connu chez lui. Du coup, tous les matins, de 6 h à 12 h, c'est un protocole. Il est enfermé dans sa chambre, avec passage, bien sûr, une surveillance horaire. Et ce jour-là, je devais faire

une prise de sang et du coup, on y va toujours à deux. Donc il y avait même une en plus. On était trois parce qu'il y avait une étudiante infirmière qui était qui était là. Mais on ne le faisait pas rentrer dans la pièce juste. Elle regardait le soin. Donc on arrive, je suis avec un collègue homme qui lui sera là. C'est un infirmier aussi qui lui sera là pour tenir le patient, Au cas où.

**ESI :** Et chez ce patient là c'est mieux d'avoir une présence d'homme justement ?

**IDE :** Oui et non. Parce que le fait qu'il y ait un homme, ça lui donne aussi un côté. Oh là là, il faut que je me batte. Moi aussi je suis un homme. Donc dans tous les cas, en fait on part. On n'est pas non plus forcément, on n'est pas forcément rassuré. Il ne faut pas qu'on le montre non plus. Il ne faut pas qu'on montre qu'on n'est pas rassurés face à ce patient là parce qu'il va. Il va jubiler et lui, ça va lui faire plaisir. Ça va lui donner comme une sorte de toute puissance qu'il aime bien. Et donc je rentre dans cette chambre avec mon plateau, un bien sur mon plateau avec dedans tout ce qu'il faut pour une prise de sang, le garrot, la prise de sang, les petits cotons et tout. Je ne prends pas du tout l'OPCT eh oui, parce que si, jamais, s'il me donne un coup dans le plateau, que mon OPCT tombe par terre, je sais pas qu'il s'ouvre, on ne sait jamais. Danger quoi. Donc on ne l'amène pas, j'ai déjà mis mes gants et tout comme ça s'est fait. Et mon collègue s'assoit sur le lit. Il lui tient les bras, les jambes tout en lui parlant. Donc lui, il essaie de lui parler. Donc moi, je vous préviens juste que je mets le garrot. Je fais attention aussi où je me mets moi. Et en fait, en mettant le garrot, je ne l'ai pas vu du tout. Franchement, ça a duré, je pense. Ça a pris une seconde pour ce patient. Il m'a donné un énorme coup de poing dans la cage thoracique. J'ai sauté et comme je tenais encore peut être le plateau, je ne sais pas comment je tenais parce que je faisais le garrot, mais je devais quand même pas loin du plateau. Je me souviens que le plateau a volé, donc il a volé. Donc tout est tombé par terre sur le plateau. Donc les tubes bien sûr. J'avais pas encore ouvert le petit sachet de l'aiguille, mais il est tombé aussi le sachet. Et donc mon collègue a fini par retenir son bras du patient à ce moment-là. On peut croire que j'aurais pu me dire Bon, bah, on arrête pour le soin, je le ferais plus tard. Mais en fait, ce que j'ai fait, c'est que je n'ai pas du tout fait attention à la situation comme elle était. Mon collègue m'a dit Vas-y! J'ai récupéré tout le matériel, même par terre, et je ne pouvais pas aller en chercher d'autres. Et j'ai fait la prise de sang directement. Sans trembler. Il fallait pas trembler non plus. Parce que si je rate la prise de sang, je vais l'entendre le patient. Mais voilà. Du coup, j'ai fait la prise de sang. Hop, c'était qu'un tube ou deux ça allait encore et il n'a pas recommencé à essayer de nous frapper. Je ne crois pas. Je me souviens pas, mais je ne crois pas. Et on est reparti. C'était des prises de sang très importantes pour lui et pour son suivi aussi. Et c'était comme si ce n'était pas passé le jour là, ça s'est passé le lendemain. Et donc on ne pouvait pas revenir le lendemain pour lui, pour lui proposer une prise de sang, sachant que c'est un soin qui lui, le met dans un état de stress de base. Donc il fallait que ce soit à ce moment-là d'où le fait de l'avoir fait quand même ce soin et donc là en sortant de la chambre une fois que tout était fini. Pffff. Et là, j'ai fait. Eh bien j'ai

mal en fait, j'ai mal à l'endroit. Dans les à peu près au-dessus des côtes, en dessous d'une clavicule. Donc c'était vers les premières côtes.

**ESI :** C'était la première fois qu'on te portait atteinte physiquement ?

**IDE :** Non ! Toujours ce même patient. J'avais déjà été étranglée, d'accord deux fois par lui, deux fois en cinq minutes, donc ça m'était arrivé. J'avais pu. On a des techniques pour se défendre un petit peu à mon service. Ce jour-là, c'est arrivé de ce patient-là. Ça n'est pas ça. Ça fait un an qu'on s'est fait voire deux même quasiment. Et sinon, c'est principalement par des hommes. On a moins de femmes dans notre service, mais principalement par des hommes, des faits de violence ou alors des câlins forcés. Ça, c'est horrible. On a un patient qui fait ça. Il faut s'en méfier énormément parce qu'il est connu même pour des faits d'agressions sexuelles. Donc lui, on s'en méfie. Ça aussi, c'est une violence et on peut essayer de s'en défaire parce que le patient mesure un mètre 85 mois à côté. Avec mon mètre 59, je galère quoi ! Là, je me sens en danger. Et puis quand il te tient les poignets pour tirer ton PTI, c'est compliqué. Donc tu cries d'essayer de faire ce que tu peux. Ça, c'est souvent, j'ai peur. Là, je ne peux pas le cacher, je me retrouve en face de quelqu'un qui me maîtrise complètement. Oui, bien sûr, là ça me procure de la peur. Et puis, le jour d'après, quand je revois le patient, oui, j'ai un peu peur. Mais ça finit par s'estomper quand même. C'est fou, on s'habitue. C'est triste à dire, mais on s'habitue quand même à la violence. Mais du coup, c'est super important de ne pas la banaliser. On banalise pas nos émotions, Ça, c'est trop important de ne pas les banaliser, de ne pas prendre les gens pour des pour des fragiles. Et tout ça, c'est trop important. Nous, les étudiants, on leur dit dès le début, ça va être dur. Des fois ce que vous allez voir, parlez-nous en. Vous avez le droit de trouver ça choquant, même si nous, on ne le montre pas. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas dur pour nous. On contentionne par exemple au moins deux fois par semaine un patient. Il est autiste. Des fois, il demande à être contentionné. Des fois, il demande pas, donc on le contentionne de force des fois. Là aussi, ça peut être chaud pour lui, ça peut être chaud pour lui et ça peut être chaud de le voir, surtout de voir ça. En plus, il est tout nu souvent quand il se fait contentionné encore pire. Quand il décide d'être contentionné c'est tout nu, ok, mais des fois, il va. Il va faire une. Par exemple, il va soulever notre lave-vaisselle pour nous le balancer dessus. Là, on ne va pas le déshabiller, on ne va pas le mettre en pyjama non plus. On va faire tout ce qu'on peut. On appelle l'EPI, on appelle du renfort. Il va se faire contorsionner parce qu'à ce moment-là, ça veut dire qu'il va tout foutre en l'air, en fait. Et là c'est dangereux. C'est dangereux pour nos vies, surtout pour nos vies, parce qu'il ne va pas se faire du mal à lui-même. Il va faire du mal aux autres.

**ESI :** Ok. Du coup par rapport à tes émotions quand elles sont manifestées auprès du passant. Est-ce que pour toi, ça influence le prendre soin avec le patient ?

**IDE :** Ça peut complètement. Ça peut parce que des fois, on peut se retrouver aussi, le patient, En fait t'en peux plus, t'en peux plus de ce patient parce que c'est la sixième fois qui clashe dans la journée ?

C'est ton troisième jour de 12 h, tu n'en peux plus. Donc à partir de là, tu t'as plusieurs options. Mais je pense que la meilleure, c'est de déléguer parce qu'à partir de là, faut faire attention parce qu'on peut devenir maltraitant ou alors on peut être trop dur. C'est important d'être cadrant, mais c'est important aussi de connaître ses propres limites. Si t'es fatigué, tu vas dire est ce que tu peux prendre le relai s'il te plaît ? Moi je. Je sature. Là, je sature. J'ai besoin de me mettre en recul de cette situation. La ça va être un moment où l'émotion a un gros impact.

**ESI :** Oui, donc la fatigue, vraiment. Les émotions peuvent prendre le dessus avec la fatigue et être démultipliées.

**IDE :** Et oui, on peut faire des mauvais choix aussi, du coup.

**ESI :** OK. Donc quel type de mécanisme tu mets en œuvre du coup, pour gérer tes émotions si on peut dire gérer. Ou est-ce que tu as eu des formations, des choses qui te permettent de les gérer ?

**IDE :** Eh bien, à l'extérieur de l'hôpital. Donc, quand je ne fais pas mon métier, j'adore tout ce qui est méditation, yoga. Avant, je faisais beaucoup de danse et en fait, ça me permet de connaître mon corps aussi énormément et travailler à fond sur la respiration. Généralement, quand il y a une situation qui me stresse, une situation pénible, une situation où je peux avoir peur, comme la situation où le plateau s'est renversé, où j'ai reçu un coup, il fallait que je, que je fasse la prise de sang, la situation où la patiente me hurlait dessus et bien je me. Comme si je me renfermais un peu, une microseconde sur moi-même, je respire. Et j'y vais, Ce qui me permet du coup tout le temps de prendre un petit temps pour analyser la situation, même si ça dure trois secondes qui peuvent paraître hyper longues dans une situation trois secondes, mais c'est trois secondes, de petits pas en arrière. Je regarde ce qui se passe et j'y vais. Ça permet souvent, pas toujours, mais souvent quand même de réfléchir à plusieurs possibilités qui vont faire que peut être, selon toi, tu vas choisir la meilleure quand tu peux, bien sûr. Moi, c'est comme ça que je fais. Je prends du recul, je souffle et j'y vais. Et puis après, si c'était très dur. Souvent, on en reparle avec les collègues. On essaye de dédramatiser quand c'était dur, de se rassurer et aussi de dire Regardez, on a bien fait là quand même va là, on n'a pas bien fait ça. Si ça se reproduit, faudra qu'on fasse comme si, comme ça, on pleure. Des fois, ça nous arrive. Ça nous arrivait de pleurer ensemble pour une situation dure, par exemple. Oui, le rire le pleure. À la fin, ça arrive.

**ESI :** OK. Selon toi, est ce que les émotions ont leur place dans la relation de soin et est-ce que quelquefois elles peuvent être vraiment bénéfiques ?

**IDE :** Oui, complètement. Par exemple. Je pense, une émotion bénéfique, je dirais. Quand on est, quand on est heureux de notre journée, on est heureux de notre travail. Globalement, on fait en sorte que ça se passe bien. C'est surtout ça aussi. Je pense que des fois, c'est un peu de la volonté, même si c'est dur. Et

bien ça peut nous arriver de réussir à faire rire un patient alors que si toi-même tu vas mal, tu peux avoir un petit peu plus de mal à le faire rire ce patient. Et c'est là où ton émotion à toi, ta propre émotion. C'est comme si tu vas là, tu vas essayer de la transmettre un peu. Ouais, c'est ça, c'est ça un peu à ton patient. Et quand tu vois que ça fonctionne, que finalement le soin que la personne appréhendait une injection, par exemple une injection, tu vois que ça fonctionne bien parce que tu as rigolé un petit peu avec lui ou tu rigoles après avec lui. Et bien ça a fonctionné, ça c'est quand ça fonctionne bien. Sinon les blagues les faire rire ces émotions-là, les émotions où tu, t'es dans un moment aussi drôle. Ils aiment bien. Pas tous, pas tous. Il y en a qui n'aiment pas le second degré, mais certains d'où L'important pour ma part de les connaître, de les connaître bien. C'est comme ça que j'arrive à gérer mes émotions et à comprendre les leurs aussi. Qui ne sont pas les mêmes que moi et qui sont différentes en fonction des jours.

**ESI :** Donc là, c'est plus des émotions dites positives dans la théorie. Est-ce que ça t'es déjà arrivé de pleurer devant un patient ?

**IDE :** Non. Je n'ai jamais pleuré devant un patient. J'ai déjà eu les larmes aux yeux face à un patient qui était vraiment désespéré parce qu'il ne voit pas ses enfants. C'est très dur pour lui. Et en fait, à ce moment-là, il m'a transmis son émotion. Clairement, je me suis dit le pauvre et je me suis repris. Il a vu. Il a vu que ça m'avait touché. Ce qui lui a mis les larmes aux yeux, à lui aussi. Mais en fait, je ne m'en veux pas du tout parce que c'est super humain, tout simplement. Je m'en foutais vraiment pas de ce qu'il disait.

**ESI :** Oui là tu l'as vraiment pris en considération

**IDE :** Il me l'a dit, même après il a fait. Mais à un moment, je me souviens de vous vous êtes. Je ne sais plus le mot qu'il a utilisé, mais, mais ça, ça a placé une relation de confiance même. Même si ce moment était beaucoup plus long que ce que je décris, il y a vraiment eu de longues discussions et à un moment, j'ai eu comme un peu des larmes aux yeux, Ça m'arrive des fois, quand un patient me raconte sa vie entière et que, à il y a un élément où je me dis quelle horreur ! En fait, tout ce qu'il a vécu. Et même quand j'étais de nuit, de nuit, les patients venaient se confier beaucoup de nuit, surtout en addictologie. Ils avaient vécu des horreurs souvent. Et là pareil. Mais. Des fois, on arrive à se dire OK, on va entendre des choses horribles là maintenant. Donc je mettais comme une petite toute petite bulle autour de moi en me disant OK, je sais que là, ça va être dur. Et généralement, les larmes n'arrivent pas à ce moment là parce qu'on s'est préparé. On est prêt, on est prêt. Mais oui, en fin de journée, oui à l'émotion. Là, on arrive à mettre cette petite bulle des fois.

**ESI :** OK. Est-ce que tu as déjà éprouvé des difficultés pour communiquer avec les patients ?



**IDE :** Des difficultés pour communiquer. Quand les patients ne parlent pas français, ça peut être super compliqué. Quand c'est des langues des pays de l'Est, par exemple, ils ne parlent pas l'anglais par exemple. Là, ça m'est arrivé, mais quand j'étais de nuit. Ça, c'était compliqué. Là, je parle de la communication verbale, mais le reste, en termes de communication, c'est quelque chose que j'aime bien d'un point de vue de tous les jours et on a même des patients qui verbalement ont énormément de mal à s'exprimer. Mais il n'y a pas que ça. Il y a énormément la communication par les gestes, sinon même les attitudes. Un patient quand il ne veut pas. Il n'y a pas besoin de parler, on le sait, ça se voit. Des fois, on exige quand même les réponses quand ils peuvent parler ou s'exprimer. Mais non, moi, j'aime même les troubles de la communication, J'aime bien justement aller vers ces personnes-là. Les personnes autistes justement. C'est même leur pathologie, tout simplement le trouble de la communication. Des fois, c'est compliqué. Mais justement, encore une fois grâce au fait de les connaître. Bon, on arrive à les décrypter un peu plus. Donc je n'ai pas trop eu de souci en terme de communication, D'accord.

**ESI :** Et pour finir, en quoi l'expérience ? Donc là, ça fait presque trois ans que t'es diplômé. En quoi l'expérience te permet d'appréhender différemment certaines situations de soins difficiles ? Peut-être de mieux gérer tes émotions aussi ?

**IDE :** Et bien je pense que depuis le début, j'ai pu voir une évolution. Déjà, je me suis toujours référé au début à mes collègues leur demander, avant même des fois, de vivre certaines situations, ces situations Comment toi tu réagis ? Comment toi tu ferais ça ? Comment toi tu ferais ça ? Ça me donne une petite, une petite soupape. Petit exemple et ensuite je dirais dans l'évolution. Déjà, j'en ai tout toujours à apprendre. Je ne saurai jamais, jamais. Je saurai tout. J'en apprendrai, j'en apprend tous les jours. Et c'est le fait, selon moi, de vivre des situations compliquées, même pas compliquées, qui font qu'on. Qu'on évolue vraiment les situations où on a remarqué qu'on avait réussi, par exemple. Mais c'est fou ces moments-là, ça donne une, ça donne un souffle d'air frais du type OK, ça j'ai réussi ça, j'ai été capable. Aujourd'hui, si ça se réitère, je sais que ça, ça fonctionne quand je fais ça à ce moment-là. Bien sûr, ça ne veut pas dire que ça va fonctionner la fois d'après. En attendant, ça a fonctionné et ça te donne des idées. T'arrives à apprendre un peu confiance en toi à ce moment-là. Tu vois de plus en plus si tu arrives à prendre confiance. Et ça, franchement, je trouve que c'est primordial. Ou alors moi, c'est surtout quand je vois ça. Quand je pense à ta question, c'est surtout des situations de tension, de tension extrême, avec des passages, des passages à l'acte hétéro agressifs. Je sais qu'au tout début, les premières fois que je le voyais, et bien au tout début, j'observais, je me mettais un peu en retrait. Bien sûr, je n'allais pas foncer dans le lard, je n'en savais rien et moi, je déteste foncer dans le lard ça fait pas partie de ma perso. Du coup, j'analyse. C'est ça mon truc. Moi, j'analyse pendant longtemps. Une fois que j'ai compris. je passe à l'action, exactement. Et et ce sera, j'aurais réfléchi avant de dire que je serai. Il n'y a pas longtemps, il y a eu, c'était avant hier, il y a eu une situation. La patiente a balancé son verre de traitement sur la tête de mon collègue. Moi, je n'étais pas loin, mais je n'étais pas dans la situation au début parce

que je savais que si, si, mes collègues étaient déjà trois dans la pièce avaient besoin d'aide. La patiente, en l'occurrence, allait être persécutée par ces trois personnes déjà. Donc, il fallait qui est quelqu'un que là. Personne n'avait pas encore vu qu'il allait intervenir si jamais il avait besoin et c'est arrivé. Donc c'est à ce moment-là. C'est quand j'ai vu, parce qu'à un moment j'ai vu qui s'est pris un verre d'eau, mon pauvre collègue. Eh bien, c'est moi qui suis intervenu et qui ai pris les choses en main en lui disant On va là, on va l'amener dans la chambre de soins, d'apaisement et il a refusé, et cetera Donc c'était à moi de lui parler. C'était moi la nouvelle personne qui devait voir à ce moment là puisqu'elle était persécutée par les autres. Ça peut donner le risque aussi qu'il soit persécuté par moi. Mais on n'avait pas le choix. Et c'est comme ça que je vois les choses.

**ESI :** OK. Est ce qu'il y a autre chose à ajouter des choses dont tu veux me faire part ?

**IDE :** Et bien déjà, si je continue sur les émotions, je pense que c'est super normal d'en avoir, qu'il ne faut pas en avoir peur. On a le droit d'être atteint. Des fois on a le droit de pleurer. C'est pas une honte, c'est pas. C'est pas parce qu'on est des infirmiers, c'est pas parce qu'on. Ce n'est pas parce qu'on est censé prendre soin des autres qu'on ne peut pas montrer nos vérités. Des fois, les patients, ils nous en apprennent aussi. Il ne faut pas oublier ça. On n'est jamais au-dessus d'eux. On a, on est tous à pied d'égalité et sincèrement, on apprend aussi toujours beaucoup de nos collègues. Il faut que c'est des mines d'or. Faut toujours leur demander leur vécu, leur situation. Eux, ils nous apportent toujours. Moi, je suis comme ça que je le vois et ils m'ont toujours apporté. Se renseigner aussi sur les patients et, grâce à eux, leur demander Qu'est-ce que vous faites là, vous ? Pourquoi vous êtes hospitalisés, même si on connaît le motif hospitalier ? Peut-être qu'eux, ils ont d'autres choses à nous dire. Et oui, prendre soin de soi, c'est aussi, mais je veux dire surtout prendre soin de soi-même à l'extérieur de notre métier. C'est trop important. C'est même primordial parce qu'on peut y perdre si on peut se perdre dans le prendre soin. Il faut que je donne aux autres, faut que je donne aux autres. Mais c'est trop important de nous donner aussi à nous-mêmes.

**ESI :** Donc peut un peu indiscret. Est-ce que tu as eu besoin d'un suivi psychologique par rapport à ton travail ?

**IDE 1 :** Pas psychologique, mais j'ai besoin plusieurs fois, par exemple, d'aller voir des ostéopathes Soma pour parler. J'ai beaucoup parlé de mon métier, justement. Oui, mes émotions ? Oui, oui, oui, carrément. C'est pas indiscret. Je pense que même si ce n'est pas forcément des psychologues, ça peut être des gens. Mais il y a plein de métiers aujourd'hui qui peuvent nous aider. Des thérapeutes avec ça à fond, oui, j'essaie d'en voir régulièrement. D'ailleurs, je me dis après je vais essayer. Je sens que je suis un peu trop, trop fatiguée et que c'est un peu trop dur et que je me sens peut-être un peu à fleur de peau. Là, je me dire OK, peut-être qu'il y a quelque chose à faire à ce moment-là.

**ESI :** Merci beaucoup.

**IDE :** Avec plaisir. J'espère que j'ai répondu comme il fallait.

**ESI :** C'était super chouette. Tu as bien développé les réponses.

**IDE :** Parfait, Merci à toi, ça me fait plaisir.

### **Entretien n°2 : IDE en UHSA**

**ESI :** Je te rappelle mon sujet de mémoire qui portent sur l'influence des émotions soignantes dans la prise en soins d'un patient en psychiatrie.

**IDE :** Ça marche

**ESI :** Peux-tu te présenter, me décrire ton parcours professionnel et aussi ton parcours de stage en tant qu'étudiante infirmière ?

**IDE :** Ok, moi c'est \*\*\*\*, je suis infirmière depuis presque 2 ans, j'étais à l'école \*\*\*\*. Je vais commencer par mon parcours de stage pour que ça soit plus chronologique. J'ai fait 3 stages en psychiatrie et un en géronto-psy, tous sur le CHGR. Donc j'ai fait un stage en unité de réhabilitation, un stage en unité d'admission et un stage à l'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) pour la prise en soins des détenus de tout le grand ouest. J'y bosse depuis 2021.

**ESI :** D'accord, je pensais que pour travailler à l'UHSA il fallait être infirmier avec de l'expérience en psychiatrie classique en amont

**IDE :** Non, non, du tout, on est pas mal de nouveaux diplômés, on est deux de ma promo à bosser à l'UHSA et en fait c'est un service totalement lambda, je pense que tout le monde se fait un peu un monde de l'UHSA, et un truc un peu olala ça fait peur

**ESI :** Ouai on spéculait vachement sur des idées préconçues

**IDE :** Mais mêmes les professionnels de Guillaume Régnier se font pas mal d'idées, alors qu'au final on a des conditions de travail qui sont bien meilleures que sur le site, on est tout le temps en nombre parce qu'on a un effectif normé comme on bosse avec une population particulière, on a la possibilité de faire pas mal de médiation avec les patients. On a vraiment des conditions de travail qui sont hyper appréciables.

**ESI :** Ok, est-ce que tu peux me présenter un peu ton service, comment se passe la journée, ce qui diffère par rapport à un service de psychiatrie conventionnel ?

**IDE :** On accueille aussi bien des hommes que des femmes, il y a deux unités sur l'UHSA, deux unités de 20 lits, donc au total il y a une capacité de 40 places et on prend des patients en soin de tout le grand ouest donc ça va de la Normandie, jusqu'à la Roche-sur-Yon, donc ça fait un sacré nombre de centres de détention et un sacré nombre de patients qui peuvent venir d'assez loin. Il y a des commissions d'admission pour les patients en soins libres, ce sont les médecins qui étudient les dossiers faits par les médecins des centres de détention. En détention, il y a ce qu'on appelle des antennes de soins, les UCSA pour les soins somatiques, et il y a aussi des permanences de psycho et psychiatres ou à Rennes, Nantes et Caen, il y a des SMPR, donc c'est niveaux de soins intermédiaires, un peu comme l'hôpital de jour, avec des psychiatres, des infirmiers, psychologues, psychomotriciennes. Ils voient les patients dans un premier temps et ensuite les patients peuvent faire une demande d'admission et les médecins là-bas remplissent un dossier et l'envoient à nos médecins. Les commissions d'admission ont lieu toutes les semaines, le médecin statue sur « est-ce qu'on accueille le patient ou pas et dans quels délais ». Après tu as d'autres modes d'hospit', tu as les SDRE, en urgence, faut qu'ils soient hospitalisés le plus rapidement possible, là c'est nous qu'allons les chercher dans les centres de détention parce-que quand ils sont en soins libres, ils viennent uniquement avec les agents pénitenciers, c'est eux qui font le transfert. On a aussi la possibilité d'aller chercher les patients qui sont hospitalisés en attendant des places à l'UHSA, dans les EPSM par exemple, qui sont des hôpitaux psy dans les côtes d'Armor ou dans le Morbihan. Quand c'est d'hôpital à hôpital, on va chercher aussi et sinon il y a ce qu'on appelle les D398, là de l'admission vraiment en urgence, souvent le week-end, c'est un médecin qui fait le certificat et qui l'envoie au préfet. Les D398 sont souvent les détenus du centre pénitentiaire de Rennes ou de Vezin.

**ESI :** Donc du coup c'est mixte, hommes et femmes mélangés ?

**IDE :** Oui, oui, si tu veux l'unité est découpée en deux ailes, l'aile vulnérable et l'aile normale. On essaie de mettre les femmes dans l'aile vulnérable pour qu'elles soient moins embêtées par les hommes.

**ESI :** Ok et j'imagine que c'est organisé comme une prison, avec des cellules et tout ça ?

**IDE :** Pas du tout, ce n'est pas comme à l'UHSI, où là ce sont vraiment des portes avec des gros verrous, nous dans l'unité il n'y a pas d'agents pénitenciers, il n'y a vraiment que des soignants. Donc oui, tu as des barreaux aux fenêtres, mais c'est hyper lumineux, on a une cour où les patients peuvent sortir, alors effectivement il y a des barbelés autour tout ça mais ils ont quand même un espace extérieur pour pouvoir sortir, ils ont des chambres individuelles avec une salle de bain, donc ce sont vraiment des chambres comme on peut voir dans une unité de soins. La seule particularité, c'est que tout est scellé au sol.

**ESI :** OK et du coup tu as combien de patients à prendre en soin ?

**IDE** : Tous les matins on est 5, l'après-midi pareil et on prend en soin tous les patients. Les patients sont en libre circulation dans l'unité donc ils viennent nous faire leur demande quand ils ont besoin, on fait les soins, on va aux entretiens médicaux avec les psychiatres, voilà, en fait c'est ni plus ni moins qu'une unité de soins conventionnelle sauf que tu bosses avec des patients détenus.

**ESI** : D'accord, du coup tu n'as pas accès à la raison pour laquelle ils sont détenus ? Tu as juste accès au dossier médical ?

**IDE** : C'est ça, on a pas du tout accès au dossier pénitentiaire du patient, on a juste accès au dossier médical, s'il a été hospitalisé ailleurs avant, on a la possibilité avec son accord de récupérer des comptes rendus des autres hospitalisations. Sinon, la grande majorité des patients, on sait pourquoi ils sont en détention mais c'est parce-que c'est eux qui nous le disent. Mais nous on ne va pas aller chercher « bah pourquoi vous êtes en détention ? Qu'est-ce que vous avez fait », c'est pas du tout notre job et puis on a souvent pas du tout envie de savoir pourquoi ils sont en détention.

**ESI** : Oui j'imagine, et du coup est-ce que tu peux me dire pourquoi tu as choisi plutôt de t'orienter vers les soins plutôt en psychiatrie plutôt que les soins somatiques ?

**IDE** : Alors j'ai choisi la psychiatrie plus pour le côté relationnel en fait, j'aimais bien les soins somatiques en général, la technique tout ça ne me dérangeait pas mais ce n'était pas ce qui me faisait...j'appréciais mais ce n'était pas là où je prenais le plus de plaisir en fait. Je prenais vraiment plus de plaisir en stage notamment, quand je pouvais discuter avec les personnes, prendre le temps d'échanger, d'analyser les différents symptômes, notamment les symptômes schizophréniques, je trouve que c'est là le plus parlant et c'est pour ça que je me suis orientée vers la psychiatrie parce que je ne me voyais pas faire du soin sans avoir le temps de discuter avec les gens et tout, parce-que c'est ça qu'il m'a manqué quand j'étais en stage en soins somatiques. En fait, je n'avais pas le temps de discuter avec les personnes.

**ESI** : Oui ça devait être plus frustrant, alors que là tu peux vraiment prendre le temps de parler avec les patients.

**IDE** : Exactement, et je ne regrette pas du tout.

**ESI** : Est-ce que tu peux me dire, ça se répète un peu ma question, en quoi le prendre soin d'un patient en psychiatrie est différent du prendre soin d'un patient dans les services de soins généraux ?

**IDE** : Du coup je trouve qu'en psychiatrie on a quand même plus le temps et on est plus formés aux techniques relationnelles, je ne dis pas qu'en soins somatiques ils ne sont pas bons en relationnel mais je trouve qu'en psychiatrie vu qu'on a plus le temps de parler avec les gens, ça se ressent sur les prises en charge des patients, et puis mine de rien sur les comportements agressifs des patients que l'on a assez régulièrement, pour l'avoir vécu en stage en service somatique, les soignants ont souvent un peu peur et

ils ont tout de suite envie de contentionner le patient. En psychiatrie, on essaie plutôt de favoriser le dialogue, on a plus de formations là-dessus.

**ESI** : Oui, la contention c'est vraiment le dernier recours.

**IDE** : C'est ça, la contention c'est vraiment si on a tout essayé et que ça ne fonctionne pas. Je mettrai une différence là-dessus.

**ESI** : Ok ça marche. Que signifie pour toi le prendre soin ?

**IDE** : Pour moi prendre soin c'est essayer de comprendre le patient au mieux et essayer de lui apporter tout ce dont il a besoin, que ce soit au niveau physique et psychique et de l'accompagner au mieux pour que lui puisse se sentir mieux dans sa vie, être moins mis en difficulté avec tous les symptômes de la maladie qui peut avoir et essayer de lui apporter les clés pour qu'il n'y ait pas de rechutes, de nouvelles hospitalisations et que ça se passe le mieux possible. Ça passe par les traitements évidemment mais ça passe aussi par l'écoute, le temps qu'on peut leur apporter par les médiations, les différentes choses qu'on peut leur apporter, c'est un tout en fait.

**ESI** : Oui, d'ailleurs dans ton service, vous proposez les mêmes choses que ce que l'on retrouve dans un service d'admission ?

**IDE** : Alors à l'UHSA on fait vraiment beaucoup de médiation, parce qu'on est en nombre pour le faire et c'est ça qui est plaisant. C'est marrant, car quand les étudiants viennent en stage, ils disent « on ne pensait pas qu'à l'UHSA on pouvait faire autant de choses ». Par exemple, on a une salle de sport donc on emmène régulièrement les patients faire du sport, on a une salle fourre-tout, on fait des soins esthétiques pour les patients, on fait de la musique, on peut faire de la cuisine de temps en temps le week-end, il y a une psychomotricienne qui a mis en place du soin par le théâtre, ça fonctionne hyper bien, elle met en place de l'éveil corporel, de la relaxation. Il y a des intervenants extérieurs qui viennent de temps en temps pour un atelier BD, les patients créent des BDs. Il n'y a pas longtemps, il y a eu un atelier avec un groupe de musiciens qui est venu, les patients ont pu écrire leur chanson et les mettre en musique. Voilà, on fait des cours de français pour les patients étrangers qui veulent apprendre les bases de notre langue, on fait pas mal de jeux de société, on a une console, bon c'est un vieux truc, c'est une Wii

**ESI** : -rires-

**IDE** : Ils peuvent quand même faire de la Wii et puis voilà, il y a quand même un panel de trucs assez variés.

**ESI** : Ok intéressant.

**IDE** : On fait aussi de la psychoéducation avec un jeu de société créé au niveau des traitements, il y a un atelier émotions, pour essayer de décrypter les émotions chez les autres, ça marche plutôt bien. Là, il y a un atelier qui se monte pour la consommation de cannabis. Il y a pas mal de petits projets comme ça qui sont mis en place, pour que les patients bénéficient d'un accompagnement assez varié.

**ESI** : Ok, pour toi que signifie le terme émotion, qu'est-ce que ça représente, quelles fonctions ça peut avoir pour toi, comment tu définirais une émotion ?

**IDE** : Alors une émotion pour moi c'est un ressenti qu'on va avoir par rapport à une situation vécue, elle peut être positive comme elle peut être négative et puis elle peut être plus ou moins invalidante dans le sens où elle peut plus ou moins affecter ta façon d'agir. Par exemple, tu peux avoir peur, tu peux te sentir triste, pour moi c'est ça, l'émotion s'associe à un ressenti. C'est dur à définir je trouve.

**ESI** : Oui c'est dur.

**IDE** : Le terme émotion, l'émotion c'est pas juste bah t'es triste, c'est t'es triste parce-que t'as vécu ça ça, et que tu le ressens à l'intérieur de toi et ça englobe plusieurs trucs, le ressenti, l'expression de l'émotion, le rire, le pleur, la joie, voilà.

**ESI** : Ok.

**IDE** : Je ne sais pas si ça correspond à ce que tu attends ou pas ?

**ESI** : Si, si, si, c'est très bien, de toute façon je n'attends pas quelque chose en particulier. Et est-ce que tu pourrais m'évoquer une ou des situations de soins où tes émotions étaient engagées/manifestées auprès du patient ?

**IDE** : Ce sont principalement des situations où les patients... je pense à deux situations au boulot, où on avait un patient, avec un profil psychopathique pour le coup, le patient n'avait pas de traitement, car la psychopathie ne se traite pas avec un traitement. Il n'avait pas de traitement sédatif pour apaiser tous les symptômes, l'agressivité qui peut y avoir, les médecins nous avaient dit, faut essayer de temporiser le plus possible. Un WE en fait, le patient est venu nous demander de changer un CD pour mettre une autre musique, on lui a refusé car on venait juste de changer le CD pour mettre le CD à un autre patient. Et en fait, le patient s'en est pris à une autre collègue en lui hurlant dessus, avec un regard je n'ai jamais vu ça, et on est tous restés en mode « olala qu'est-ce qu'il se passe », on avait peur pour les autres patients, on s'est dit s'ils interviennent, là ils vont se faire taper. Il était hors de contrôle ce patient, et on n'a pas eu d'autres choix que d'accéder à sa demande parce qu'on ne savait pas de quoi il était capable en fait. On a tous eu vraiment très peur, que ce soit pour nous ou pour les patients et on en a rediscuté après et on était tous « ok bah là on a tous eu super peur, on était tétanisés par la situation, on ne savait pas trop quoi faire », la seule solution qu'on a trouvée pour que la situation ne s'envenime pas c'est d'accéder à sa demande. Donc il y a cette première situation là ou alors il y a des situations où tu es complètement

mis en difficulté parce-que le patient il te faire sortir de tes gonds, il t'insulte, il te prend pour de la merde. Là tu te dis, ça m'énerve, le patient je suis en colère contre lui, et là faut passer le relai aux collègues parce-que là ce que tu penses ce n'est plus soignant, t'es obligé de passer le relai à tes collègues pour la prise en charge continue à bien se passer, et puis ça t'impacte trop toi sur le plan émotionnel.

**ESI :** Ok, est-ce que tu trouves qu'il y a une différence entre maintenant et quand tu étais étudiante, tu vois une évolution de comment tu peux gérer tes émotions, si tu les manifestes moins ou plus ?

**IDE :** J'ai beaucoup moins peur sur les situations d'agressivité maintenant que quand j'étais étudiante, j'ai appris à comprendre les différents symptômes et à comment les gérer. J'ai beaucoup moins peur quand un patient se retrouve agressif et tout ça, ça je le gère mieux qu'avant. Sinon, on parle aussi beaucoup de nos émotions entre collègues, quand il y a une prise en charge qui est un peu compliquée pour nous, on ne se sent plus trop capables, on est une équipe hyper soudée, on n'hésite pas à en parler entre nous. Je pense que c'est hyper bénéfique dans une équipe, quand tu peux parler de ce que tu ressens et quand tu te sens en difficulté ou pas d'ailleurs, quand tu te sens plus à l'aise sur une situation ou avec un patient, et qu'un collègue, lui, à contrario est en difficulté, du coup ça permet de prendre des relais et de soulager l'équipe. Je pense que globalement le fait de prendre en expérience ça te permet de mieux gérer tes émotions et de plus les canaliser quand elles se manifestent. Je sais que je suis hyper émotive et en stage, par exemple, quand j'avais un décès, je pouvais pleurer, alors que maintenant j'arrive à plus me contenir quand il y a des situations qui sont plus tristes, des histoires de vie de patients qui sont très très tristes, oui je suis émue mais je ne vais pas pleurer.

**ESI :** Ok, et à l'inverse est-ce que des émotions dites positives dans la théorie, la joie qui se manifeste par le rire, est-ce que tu l'utilises et tu vois que ça peut être bénéfique ?

**IDE :** Oui, l'humour ça permet de dédramatiser plein de trucs, nous utilisons beaucoup le rire et l'humour pour essayer de faire des désescalades car on voit que les patients sont assez réceptifs et même quand il n'y a pas besoin de désescalade, tu fais une blague à un patient, ça met tout de suite un climat de confiance et puis le patient va voir plus envie de venir vers toi, te livrer des choses parce qu'il va se dire « ok elle est cool, elle ne me juge pas, elle est sympa », on rigole beaucoup avec les patients.

**ESI :** Ok, du coup selon toi, est-ce que les émotions ont leur place dans la relation de soins ?

**IDE :** Ah oui, totalement, s'il n'y avait pas d'émotions du côté soignant, l'échange serait impossible parce que le patient se retrouverait face à quelqu'un qui est totalement fermé, il aurait pas envie de pouvoir échanger avec cette personne, ce qui est totalement normal quand tu as quelqu'un devant toi qui est totalement fermé, tu n'as pas envie de parler avec lui, même si j'ai quelqu'un en face de moi dont j'ai l'impression il en n'a rien à faire de ce que je lui dis, je ne vais pas continuer à lui parler. Je pense que c'est hyper important, de pouvoir aussi verbaliser ses émotions aux patients, en leur disant « bah là ce que vous me dites, non je ne me sens pas capable de l'entendre » ou « non ça me touche trop, j'ai pas



envie d'entendre ça car c'est trop compliqué pour moi », franchement les patients sont plutôt à même de l'entendre aussi.

**ESI** : Oui c'est mieux d'être honnête avec le patient, il te fait beaucoup plus confiance après.

**IDE** : C'est ça, et je trouve que c'est important de pouvoir montrer ces émotions, le rire c'est hyper facile à communiquer par exemple, le patient va lui aussi sans doute rire, je trouve que c'est hyper positif mais les patients des fois quand on est plus tendus ou en colère, ils le repèrent aussi hyper vite. Moi combien de fois, il y a des trucs qui m'ont soulevée au boulot, ça se voit directement sur ma tête, il y en a plus d'un qui me dit « aujourd'hui \*\*\*\*\* t'as l'air tendue, t'es pas souriante », c'est con mais oui tu transmets des émotions par ton visage et les patients le remarquent.

**ESI** : Oui, du coup vous n'avez plus le masque à l'hôpital ?

**IDE** : Non, on n'a plus le masque.

**ESI** : Les patients ont fait des remarques, ils préfèrent maintenant qu'il n'y a plus le masque ?

**IDE** : Alors on n'a plus le masque, mais j'avoue qu'on ne le portait pas très très bien, donc on n'a pas vu des masses de changements, on n'était pas très assidus sur le port du masque. Après dans d'autres unités très assidues sur le port du masque, ils ont dû voir des changements, car la communication non verbale, tu fais passer des émotions aussi par ça, ils ont dû voir, quand tu souris à quelqu'un quand t'as le masque, ça se voit avec la mimique des yeux, mais tu vas pas vraiment voir son sourire, je pense que c'était un frein à la transmission des émotions le port du masque.

**ESI** : Quels types de mécanismes tu mets en place pour gérer tes émotions, et est-ce que tu as eu des formations ou des petites aides, des astuces en services pour ça ?

**IDE** : Alors je n'ai pas eu de formation pour ça, mais après en discutant avec des collègues, eux te donnent leurs petites techniques et c'est au fil du temps t'apprends à voir ce qui fonctionne le mieux pour toi. Quand je ne suis pas à l'aise je le dis direct aux collègues. A contrario, si j'ai une bonne accroche et que je m'entends bien avec un patient, je ne vais pas avoir de souci à faire une médiation avec lui. Le travail des émotions ça se fait personnellement mais ça se fait aussi dans l'équipe, on connaît nos collègues, et on sait quand ça ne va pas, quand ils ont besoin d'aide. Donc repérer les émotions chez nos collègues, qu'elles soient positives ou négatives, ça aide aussi.

**ESI** : As-tu déjà éprouvé des difficultés pour communiquer avec un patient ?

**IDE** : Les plus grandes difficultés que j'ai pour communiquer avec les patients ça va être avec les patients qui ne parlent pas du tout français, on en a régulièrement, et moi je suis une quiche en langues étrangères, c'est pas du tout mon truc, on a quand même un petit outil qui est bien pratique. On a un

traducteur dans l'unité, on appuie sur un petit bouton, on dit ce qu'on veut et ça le transmet dans la langue. Mais à part faire des sourires, c'est compliqué pour moi de parler, de communiquer et de faire passer des émotions avec ce profil de patient.

**ESI** : Tu n'as pas d'autres difficultés de communication ?

**IDE** : Sinon, avec les patients qui ont dû mal à cerner les émotions des autres, car ils n'ont pas les codes, ils ne savent pas ce qu'est une émotion, ou alors pour eux quelqu'un en colère et bah ce n'est pas de la colère, effectivement là c'est compliqué, d'où l'atelier de psychoéducation sur l'identification des émotions, qui est hyper aidant pour les patients bénéficiaires, on voit vraiment la différence avant et après l'atelier.

**ESI** : A l'extérieur de ton travail ou dans ton service, as-tu eu besoin d'un soutien, d'un suivi avec un psy ou même d'autres activités, avec d'autres thérapeutes.

**IDE** : non jamais, jamais, j'en n'ai pas eu besoin et je n'en ressens pas du tout le besoin.

**ESI** : Oui quand tu rentres chez toi tu arrives à mettre le travail de côté ?

**IDE** : Ah oui quand je rentre chez moi, le travail reste au boulot. Je sais que j'ai des collègues qui ont dû mal à faire ça et ils rappellent des fois sur leurs jours de repos pour dire « ah j'ai oublié ça », alors que ce sont des trucs complètement futiles, qui n'ont pas d'importance dans la prise en charge mais du coup tu sens qu'ils ont dû mal à couper et à prendre de la distance sur tout ce qu'il se passe au boulot.

**ESI** : Je crois que je n'ai plus de questions.

**IDE** : Il était très bien ton guide d'entretien, les questions étaient super.

**ESI** : Et bien merci beaucoup, merci à toi d'y avoir bien répondu, c'est super intéressant.

**IDE** : De rien il n'y a pas de souci, si tu veux d'autres précisions tout ça n'hésite pas à me demander.

### Annexe III – Tableau d’analyse des entretiens

Catégories en lien avec le cadre conceptuel	Objectifs selon le guide d’entretien	Réponses des soignantes classées selon des thèmes	
		IDE 1	IDE 2
<b>Les émotions</b>	Identification de l’émotion par le soignant : définition, représentations fonctions	<p><b>Définition</b></p> <p>« Je verrai une émotion comme ... un sentiment »</p> <p><b>Un état affectif qui passe par des manifestations corporelles</b></p> <p>« Un sentiment qui parcourt notre corps »</p> <p>« On va sûrement avoir une réaction physique »</p> <p>« Le bonheur, on va avoir des larmes de joie, on va sourire, on va rayonner »</p> <p><b>Différentes émotions</b></p> <p>« La joie »</p> <p>« La colère »</p>	<p><b>Définition</b></p> <p>« Un ressenti par rapport à une situation vécue »</p> <p>« Tu le ressens à l’intérieur de toi »</p> <p>« Elle peut être positive comme elle peut être négative »</p> <p><b>Un état affectif qui passe par des manifestations corporelles</b></p> <p>« L’expression de l’émotion, le rire, le pleur, la joie »</p> <p><b>Différentes émotions</b></p> <p>« Triste »</p> <p>« Peur »</p>

		<p><b>Une réaction incontrôlable</b></p> <p>« Nos émotions (...) on ne peut pas les contrôler »</p> <p>« Les situations peuvent aussi émotionnellement nous ébranler »</p>	<p><b>Une fonction : l'émotion dans nos prises de décisions</b></p> <p>« Elle peut être plus ou moins invalidante, (...) elle peut plus ou moins affecter ta façon d'agir »</p>
<p><b>Le prendre soin</b></p>	<p>Aborder une définition par les soignants, faire le lien avec leurs pratiques professionnelles.</p>	<p><b>Des valeurs soignantes</b></p> <p><u>Relation d'aide</u> : « J'adore voir le soin comme un moment de partage et d'aide de l'autre »</p> <p><u>Échange</u> : « Je vois plus le soin comme un échange »</p> <p><u>Dignité</u> : « Considérer l'autre en tant que personne et pas en tant que malade »</p> <p>« Je vais parler à la personne, je ne vais pas parler à la pathologie »</p> <p>« Une personne (...) qui a eu cette vie-là »</p>	<p><b>Des valeurs soignantes</b></p> <p><u>Empathie</u> : « Prendre soin c'est essayer de comprendre le patient au mieux »</p> <p><u>Relation d'aide</u> : « Lui apporter tout ce dont il a besoin, au niveau physique et psychique »</p> <p>« L'accompagner au mieux »</p>

		<p><b>Un soutien moral et chimique</b>  « La parole et le traitement comme béquille »</p> <p><b>Propre à chaque soignant</b>  « Prendre soin (...), c'est avant tout toi en tant que personne donc humaine »  « Autant de prendre soin que de personne »  « Une philosophie de vie »  « On a besoin d'un équilibre »  « Si on ne prend pas soin de nous, on ne pourra jamais prendre soin des autres, on ne sera pas disponible émotionnellement »  « La priorité c'est de se connaître, d'accepter de se faire soigner aussi »</p> <p><b>Singularité des patients et personnalisation des soins</b>  « On ne prend pas soin des personnes de la même manière »</p>	<p><b>Un soutien moral et chimique</b>  « Ça passe par les traitements mais aussi par l'écoute, les médiations... »</p>
--	--	---	---

<p><b>L'exercice infirmier en psychiatrie</b></p>	<p>Permet de caractériser la particularité du prendre soin en psychiatrie.</p>	<p>« J'aimais beaucoup la communication avec les patients »  « Le côté très humain »  « Le côté relationnel »</p> <p><b>Aspect temporel</b>  « Plus de temps par rapport aux soins généraux »</p> <p><b>Une organisation différente des soins somatiques</b>  « Les patients viennent à la pharmacie pour les traitements »  « On ne va pas faire les soins dans les chambres »</p>	<p>« Le côté relationnel »  « Je prenais plus de plaisir quand je pouvais discuter avec les personnes »  « On est plus formés aux techniques relationnelles »  « On essaie de favoriser le dialogue »</p> <p><b>Aspect temporel</b>  « En psychiatrie on a quand même plus le temps »  « Prendre le temps d'échanger »  « Je ne me voyais pas faire dû soin sans avoir le temps de discuter avec les gens »</p>
---	--	---	---

		<p><b>Les médiations proposées</b></p> <p>« Un salon, je vais m’asseoir à côté d’eux, on va discuter »</p> <p>« Des balades, des sorties »</p> <p>« Des jeux de société »</p>	<p><b>Les médiations proposées</b></p> <p>« Salle de sport »</p> <p>« Soins esthétiques »</p> <p>« Musique »</p> <p>« Cuisine »</p> <p>« Dû soins par le théâtre, éveil corporel, relaxation »</p> <p>« Atelier BD, les patients créent des BD »</p> <p>« Jeux de société, console de jeux vidéo »</p> <p>« Psychoéducation avec un jeu de société sur les traitements »</p> <p>« Un atelier émotions pour essayer de décrypter les émotions des autres »</p> <p>« Cours de français pour les patients étrangers »</p>
<p><b>Les mécanismes d’adaptation</b></p>	<p>Identifier les mécanismes d’adaptation mis en place par l’infirmier dans la gestion de ses émotions.</p>	<p><b>Des activités à l’extérieur de l’hôpital</b></p> <p>« Méditation, yoga »</p> <p>« Beaucoup de danse, ça permet de connaître mon corps et de travailler sur ma respiration »</p> <p>« Se renfermer un peu sur moi-même »</p>	

		<p>« Prendre un petit temps pour analyser la situation »</p> <p>« Ça permet de réfléchir à plusieurs possibilités »</p> <p><b>Un climat d'entraide au sein de l'équipe soignante</b></p> <p>« Souvent on en reparle avec les collègues »</p> <p>« On pleure. Des fois ça nous arrive »</p> <p>« Pleurer ensemble pour une situation dure, oui le rire, le pleur, à la fin ça arrive »</p> <p>« Toujours se référer aux collègues, leur demander, ça donne une soupape »</p> <p><b>L'expérience, facilitatrice dans la gestion des émotions</b></p> <p>« Le fait de vivre des situations, nous fait évoluer »</p>	<p><b>Un climat d'entraide au sein de l'équipe soignante</b></p> <p>« Après en discutant avec les collègues, ils te donnent des petites techniques »</p> <p>« Quand je ne suis pas à l'aise je le dis direct aux collègues »</p> <p>« Le travail des émotions ça se fait dans l'équipe aussi (...), on sait quand ils ont besoin d'aide »</p> <p>« Repérer les émotions chez nos collègues »</p> <p>« On est une équipe hyper soudée, on n'hésite pas à parler entre nous »</p> <p><b>L'expérience, facilitatrice dans la gestion des émotions</b></p>
--	--	--	--



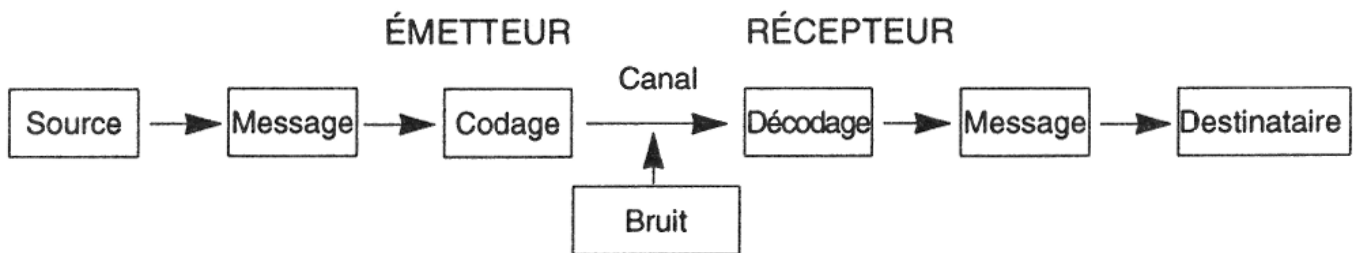
		« T'arrive à prendre confiance en toi »	« Le fait de prendre de l'expérience ça te permet de mieux gérer tes émotions, de plus les canaliser » « Maintenant j'arrive plus à me contenir quand il y a des situations plus tristes » « Au fil du temps t'apprends à voir ce qui fonctionne le mieux pour toi »
<b>La communication dans les soins</b>		<p><b>La communication non verbale</b> « La communication par les gestes, même les attitudes »</p> <p><b>Des biais de communication verbale</b> « Quand les patients ne parlent pas français »</p>	<p><b>La communication non verbale</b> « La communication non verbale, tu fais passer des émotions par ça » « La mimique des yeux »</p> <p><b>Les biais de communication verbale</b> « Les difficultés avec les patients qui ne parlent pas français » « A part faire des sourires, c'est compliqué (...) de faire passer des émotions »</p>

<p><b>La place des émotions au sein de la relation de soin</b></p>	<p>Mettre en évidence la place des émotions dans les situations de soins vécues par les IDE.</p> <p>Identifier les retentissements de l'émotion soignante sur la prise en soin.</p>	<p><b>Les émotions positives dans le soin</b></p> <p>« Ça peut nous arriver de faire rire un patient »</p> <p>« Ton émotion, ta propre émotion, tu vas essayer de la transmettre »</p> <p>« Sinon les blagues, les faire rire, ils aiment bien, pas tous »</p> <p>« C'est important de bien les connaître, c'est comme ça que j'arrive à gérer mes émotions et à comprendre les leurs »</p> <p><b>Les émotions négatives dans le soin</b></p> <p>« J'ai déjà eu les larmes aux yeux face à un patient »</p> <p>« Il m'a transmis son émotion »</p> <p>« Ça lui a mis les larmes aux yeux à lui aussi, il a vu que ça m'avait touchée »</p>	<p><b>Les émotions, facilitatrices de l'échange</b></p> <p>« S'il n'y avait pas d'émotions du côté soignant, l'échange serait impossible »</p> <p><b>Les émotions positives dans le soin</b></p> <p>« Le rire c'est hyper facile à communiquer, le patient va sans doute rire »</p> <p>« L'humour permet de dédramatiser plein de trucs »</p> <p>« Nous utilisons beaucoup le rire pour faire des désescalades car on voit que les patients sont réceptifs »</p> <p>« On rigole beaucoup avec les patients »</p> <p><b>Les émotions négatives dans le soin</b></p> <p><u>→ Réaction émotionnelle face à la violence verbale</u></p> <p>« On a tous eu vraiment très peur, que ce soit pour nous ou pour les autres patients »</p> <p>« On était tétanisés par la situation »</p> <p>« Ça m'énerve, le patient je suis en colère contre lui »</p>
--	---	--	--

		<p>→ <u>Réaction émotionnelle de l'IDE face à la violence verbale</u></p> <p>« J'ai eu super peur » « J'étais en colère profondément » « Ça m'a énervée »  « Je l'ai fait pleurer »  « Mes yeux devaient traduire ce que je ressentais » « Tu te sers de ta voix »  « Peut-être que je tremblais » « Une fois que c'est fini, je lâche tout, là je pleure, fallait que ça sorte »</p> <p>→ <u>Réaction émotionnelle de l'IDE face à la violence physique</u></p> <p>« Il ne fallait pas que je tremble devant lui » « Je me sens en danger » « J'ai peur, je ne peux pas le cacher » « C'est fou, mais on s'habitue » « On s'habitue à la violence » « On ne banalise pas nos émotions »</p> <p><b>L'importance de l'équipe</b></p> <p>« Des fois t'en peux plus » « La meilleure option c'est de déléguer »</p>	<p><b>L'importance de l'équipe</b></p> <p>« Il faut passer le relai aux collègues parce-que tu penses que ce n'est plus soignant »</p>
--	--	--	--

		<p>« Faut faire attention parce qu'on peut devenir maltraitant » « C'est important de connaître ses propres limites » « On peut faire des mauvais choix aussi »</p> <p><b>Les émotions dans le soin : gage de confiance</b></p> <p>« C'est super humain, ça a placé une relation de confiance »</p>	<p><b>Les émotions dans le soin : gage de confiance</b></p> <p>« Tu fais une blague, ça met tout de suite un climat de confiance »</p> <p>« Le patient va avoir envie de venir vers toi, de te livrer des choses »</p>
--	--	---	--

## Annexe IV : Modèle communicationnel de Shannon et Weaver



[https://www.persee.fr/doc/colan\\_0336-1500\\_1992\\_num\\_93\\_1\\_2380](https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2380)

NOM : **LEBÉE**    PRENOM : **Pauline**    PROMO : **2020-2023**

TITRE DU MEMOIRE : **Émotions de l'infirmier et prise en soins des patients en psychiatrie**

Emotions are inherent to humans, to life in short. Its help us to understand certain situations and play a direct role in our decision-making. In doing so, the encounter with a patient and the ensuing exchange lead to emotional manifestations and human reactions specific to each caregiver. Through this dissertation, it seemed important to me to shed some light on the influence of the nurse's emotions on the care of patients in psychiatry.

After looking for possible answers through document research, I was able to develop the notions of emotion, caring, coping mechanisms and the role of nurses in psychiatry. Secondly, I developed an interview guide to collect qualitative data from two nurses working in a psychiatric ward.

Evidence illustrates that emotional states can influence the quality of the therapeutic relationship and the effectiveness of care interventions. Moreover, this study suggests that acknowledging and addressing the nurse's emotional state can enhance patient care in psychiatric wards.

Finally, this work allows me to pursue a reflection and leads me to the following research question: To what extent can the nurse's emotional investment and management of their emotions influence the care of a hetero aggressive patient in psychiatry?

Les émotions sont inhérentes à l'humain, à la vie en somme. Elles nous aident à appréhender certaines situations et interviennent directement dans nos prises de décisions. Ce faisant, la rencontre avec un patient, l'échange qui en découle, entraînent des manifestations émotionnelles et réactions humaines propres à chaque soignant. A travers ce mémoire, il m'a semblé important de mettre en lumière l'influence des émotions de l'infirmier sur la prise en soins des patients en psychiatrie.

Après avoir cherché des réponses possibles par le biais de recherches documentaires, j'ai pu développer les notions d'émotion, de prendre soin, de mécanisme d'adaptation et le rôle de l'infirmier en psychiatrie. Ensuite, j'ai élaboré un guide d'entretien afin de recueillir des données qualitatives auprès de deux infirmières travaillant en service de psychiatrie.

Les données montrent que les états émotionnels peuvent influencer la qualité de la relation thérapeutique et l'efficacité des interventions de soins. De plus, cette étude suggère que la reconnaissance et la prise en compte de l'état émotionnel de l'infirmière peuvent améliorer les soins aux patients en milieu psychiatrique.

Pour finir, ce travail me permet de poursuivre une réflexion et m'amène à la question de recherche suivante : Dans quelle mesure l'investissement émotionnel de l'infirmier et la gestion de ses émotions peuvent-ils influencer la prise en soins d'un patient hétéro agressif en psychiatrie ?

MOTS CLES : Caring, emotion, psychiatry, communication, caregiver-patient relations

MOTS CLES : Prendre soin, émotion, psychiatrie, communication, relation soignant-soigné