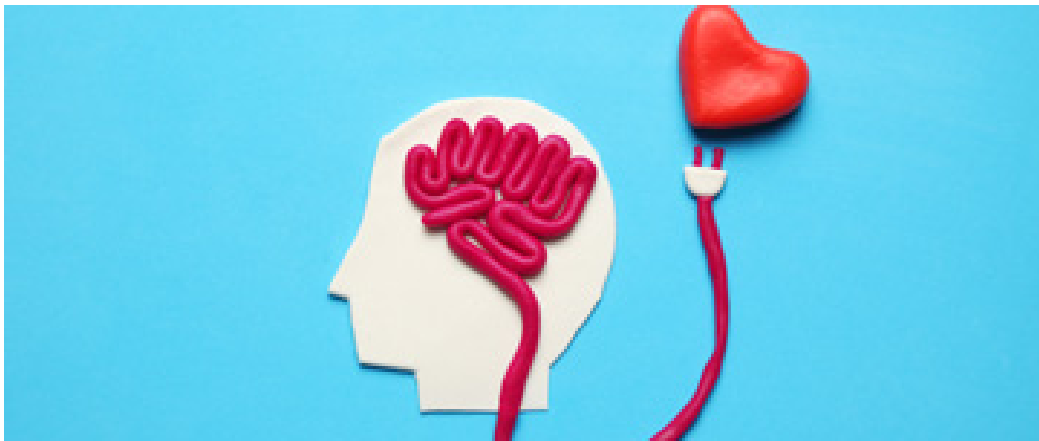




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'impact des émotions sur la relation soignant-soigné et la posture infirmière



Formateur référent : TOSTIVINT Mylène

SAVE Rosalie  
Formation Infirmière  
Promotion 2020-2023  
Date : 09/01/2023



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## Diplôme d'État Infirmier

### Travaux de fin d'études :

#### *L'impact des émotions sur la relation soignant-soigné et la posture infirmière*

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 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 08/12/2022**

**Identité et signature de l'étudiant : SAVE Rosalie**

Fraudes aux examens :

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

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

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

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

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

## **Remerciements :**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, au cours de ma formation, ont contribué à la réussite de celle-ci. Je pense aux formateurs de l'institut de formation du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, mais également aux professionnels infirmiers et aides-soignants rencontrés sur les terrains de stages.

Je remercie particulièrement Madame OLÉRON Marylène, ma référente pédagogique, pour son accompagnement, son écoute, ses conseils et sa disponibilité tout au long de cette formation.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Madame TOSTIVINT Mylène, ma référente de mémoire, pour m'avoir aidée, encadrée, et conseillée durant cette année. Merci de m'avoir accompagnée dans l'aboutissement de ce travail.

Les infirmières rencontrées pour ce travail de recherche, pour le temps qu'elles m'ont accordé pour les entretiens ainsi que pour la richesse de nos échanges. C'est en partie grâce à elles que j'ai pu écrire ce mémoire.

Merci à mes proches, ma famille pour leur présence pendant mes études et leurs conseils concernant mon travail de recherche.

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Le cheminement vers la question de départ</b>	<b>2</b>
2.1 Les situations de départs	2
2.2 Le questionnement	5
2.3 Emergence de la question de départ	6
<b>3. Le cadre théorique</b>	<b>6</b>
3.1 La relation soignant-soigné	6
3.1.1 La définition et les différents types	6
3.1.2 La relation de confiance	7
3.1.3 L'alliance thérapeutique	8
3.2 Les émotions	9
3.2.1 La définition	9
3.2.2 Les mécanismes de défenses	10
3.2.3 Comment gérer ses émotions	12
3.3 La posture infirmière	13
3.3.1 La définition de la proxémie	13
3.3.2 Les différentes distances	13
3.3.3 L'impact de notre distance sur le prendre soin	15
<b>4. Méthodologie du recueil de données</b>	<b>16</b>
4.1 Méthode de l'entretien	16
4.2 Population interviewée	16
4.3 Organisation de l'entretien	16
4.4 Objectif de l'entretien	17
4.5 Bilan du dispositif : points forts et limite	17
5.1 Profil professionnel des Infirmières A et B	18
5.2 La place des émotions	18
5.3 La juste distance	19
5.4 La place de l'équipe	20
5.5 Ressentis des émotions : Plutôt patient de courte durée ou patient chronique ?	20
<b>6. Discussion</b>	<b>22</b>
6.1 Les émotions	22
6.2 La gestion des émotions et l'importance de la place de l'équipe	23
6.3 La juste distance	24
6.4 La relation soignant-soigné	25
6.5 De la question de départ à la question de recherche	26
<b>7. Conclusion</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie/ Sitographie</b>	<b>29</b>
<b>Annexe I : Guide d'entretien</b>	
<b>Annexe II : Entretien IDE A</b>	
<b>Annexe III : Entretien IDE B</b>	
<b>Annexe IV : Abstract</b>	

« Une émotion est une expérience ressentie. On éprouve une émotion; on ne la pense pas » Fisher R. et Shapiro D.

## 1. Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers et pour valider les unités d'enseignement du semestre 6, à savoir l' UE 3.4 « Initiation à la démarche de recherche » et l'UE 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles », il nous est demandé de réaliser un travail de fin d'études sur le thème de notre choix. Ce travail réalisé est pour moi, un aboutissement de mes trois années d'études en soins infirmiers. Au fil des trois années de formation d'infirmier ainsi qu'à travers les stages réalisés, un sujet m'a interpellée à plusieurs reprises et c'est donc pour cela que je souhaite par la rédaction de ce mémoire, mieux comprendre et ainsi l'analyser.

Nous sommes amenés tous les jours dès notre plus jeune âge à être aux contacts de différents êtres humains. L'être humain se définit comme étant un être de contact avec qui nous allons créer différents types de relation en fonction de la perception du monde de chacun et de l'environnement qui nous entoure à l'aide des cinq sens. Chaque individu est unique et à ses propres façons de penser, de s'exprimer et d'agir. C'est pour cela que dans le monde médical, que ce soit les patients ou bien les soignants, nous sommes tous différents. À travers notre expérience, notre façon d'être et de travailler nous sommes tous distincts et une même situation ne vas pas nous faire ressentir les mêmes émotions et affects.

Au cours des stages que j'ai pu réaliser pendant les trois années d'infirmière, j'ai rencontré de nombreux patients tous différents les uns des autres et nécessitant pour chacun d'entre eux une prise en soins personnalisée et adaptée. Au vu des différentes situations, j'ai pu constater qu'à certains moments, il m'arrivait d'être plus proche et d'avoir des difficultés à établir une juste distance dans ma relation avec le patient voire même de percevoir des émotions plus intenses. En effet, les émotions sont propres à chacun et prennent une place tant dans la vie personnelle que professionnelle. Grâce à l'expérience des stages, j'ai pu constater que selon la situation dans laquelle est le patient, chaque professionnel va réagir à sa manière et n'engendre pas les mêmes émotions. En discutant avec les différents professionnels lors de mes stages sur ce sujet, j'ai pu constater que je n'étais pas la seule dans cette situation et que chaque professionnel a déjà été confronté à la sensibilité des patients. Les différentes situations vécues me posent question au point de me demander si nous ne sommes pas en train de dépasser nos limites lors de la prise en soins.

Pour répondre à mes interrogations et construire mon mémoire, je vais dans un premier temps vous présenter mes deux situations d'appel ainsi que le questionnement qu'elles ont suscité pour aboutir au cheminement vers ma question de départ. Ensuite, la présentation de mon cadre théorique avec les apports littéraires et scientifiques que j'ai pu avoir grâce aux lectures et cours eu durant les trois années de la formation infirmières. Les trois notions du thème de mon mémoire sont : la relation soignant-soigné, la posture infirmière, les émotions. Puis, je vous exposerai la méthodologie que j'ai utilisée pour réaliser les entretiens. Enfin, je ferais l'analyse des entretiens réalisés avec les différents

professionnels. Pour conclure ce travail, je confronterai les apports théoriques de mon cadre conceptuel avec les dires des infirmières, pour en faire une interprétation qui me sera utile lorsque je serai à mon tour diplômé.

## 2. Le cheminement vers la question de départ

### 2.1 Les situations de départs

La première situation que j'ai choisi de décrire dans le cadre de mon travail de recherche de fin d'année est une situation rencontrée, lors de mon quatrième stage, au cours du troisième semestre dans un service de rééducation. Concernant la deuxième situation que j'ai choisi d'explorer, il s'agit d'une situation vécue à mon premier stage de troisième année au semestre 5 à la prison des femmes.

#### **Situation 1 :**

Je suis de matin à ma 6<sup>ème</sup> semaine de stage de S3, en service de Soins de suite et de rééducation (SSR). Aux transmissions du matin, on nous informe qu'une entrée est programmée pour aujourd'hui. Cependant, nous n'avons aucune précision sur l'identité et le motif de la prise en soins du patient. Il est 11 heures, Monsieur (Mr.) H arrive par le taxi dans le service. Je suis la première personne qu'il voit du service. Je lui indique où se trouve sa chambre et l'accompagne. Une fois qu'il s'est installé, je vais auprès de lui pour faire les papiers d'entrée, traitements en place... Je me présente comme étudiante infirmière de 2<sup>ème</sup> année. Mr. H a appris subitement son amputation trans-tibiale. Il est âgé de 80 ans. Étant diabétique, suite à une mauvaise cicatrisation d'un ongle incarné, une amputation d'un doigt de pied puis deux en transmétal a eu lieu. Puis, l'état s'est aggravé et l'annonce de l'amputation trans-tibiale a été prise. Cette annonce a été un effet de surprise pour Mr. H et sa famille. Au fil de la discussion, je m'aperçois que j'avais déjà pris en soins Mr. H, l'année précédente, lors de mon tout premier stage infirmier en cardiologie. Je lui en fais part, et Mr H, me confirme avoir quelques souvenirs de moi. Ça a été un effet de surprise puisque je ne pensais pas le revoir 1 an plus tard amputé. Il m'explique son histoire de vie, les dures étapes qu'il a vécues. Quand il m'évoque son parcours, il est en larmes. À ce moment-là, j'ai tout de suite été touché parce qu'il me disait et les émotions qu'il pouvait avoir. J'étais d'autant plus à l'écoute puisque je le connaissais et j'avais cette envie de tout faire pour qu'il aille mieux. Une fois l'entretien fini, je me dirige vers l'infirmière pour lui faire les transmissions sur l'entrée. Je lui explique qu'il s'agissait d'un patient que j'avais déjà pris en soins. Elle décide de venir avec moi pour se présenter. Au fur et à mesure de l'échange, elle s'aperçoit qu'il habite la même ville que les parents de l'infirmière. Un point commun qui rassure Mr. H. Il nous dit immédiatement qu'il se sent en confiance avec nous deux.

Le lendemain matin, j'arrive dans sa chambre. Il me reconnaît direct, je me dirige auprès de lui et me mets à sa hauteur. Mr. H est en larmes. Il m'informe ne presque pas avoir dormi de la nuit du à des

douleurs intenses. Aucune transmission de la nuit de douleur ne m'avait été dite sur Mr H. En effet, il n'avait pas appelé de la nuit. Je lui demande pourquoi il n'avait pas alerté : il me répond qu'il ne voulait pas déranger et surtout qu'il ne connaissait pas les autres professionnels. J'ai compris à ce moment-là, qu'il avait établi une relation soignant-soigné privilégié avec moi et l'infirmière. Il évalue sa douleur à 8/10. Après vérification du traitement sur le plan de soins, je lui donne le nécessaire pour faire cesser la douleur. Je le rassure, lui rappelle qu'il a une sonnette et qu'il est important d'appeler quand les douleurs sont intenses. De plus, étant seul avec lui dans sa chambre, il me fait part d'idées noires qu'il peut avoir en verbalisant un potentiel geste suicidaire. Sur le moment, je n'ai pas eu d'émotions étant concentré sur ce qu'il se passait. Cependant, c'est en révoquant cette situation plus tard que l'émotion était présente. C'est à ce moment-la que j'ai compris que j'avais développé de l'affection pour son histoire. Après l'avoir réconforté et mis en sécurité, je veillais sur lui plusieurs fois dans la matinée. Quelques jours passent et Mr. H m'appelle « ma fille ». Il m'explique avoir cette relation de confiance seulement avec moi et l'infirmière qu'il connaissait. Cela ne me dérangerait pas d'avoir une relation si particulière avec Mr H, si cela pouvait lui remonter le moral après le choc émotionnel de l'amputation. Mais je me suis quand même demandé par quel moyen j'avais établi cette relation si particulière que je n'avais pas avec les autres patients ?

### **Situation 2 :**

Je suis de matin à ma 3ème semaine de stage à la prison des femmes. On nous transmet qu'il y a une détenue qui ne va pas bien. Les surveillants en détention ont remarqué que son état de santé se dégradait. Elle ne sortait plus de sa cellule et s'alimentait de moins en moins. Mme D est âgée de 58 ans. Elle est en détention depuis plusieurs années. La fin de sa peine est programmée dans 1 an. Or, elle n'a pas de famille proche et est seulement en contact avec les détenues de sa division. Au vu de son état, une surveillance régulière est mise en place par les surveillants de sa division. N'ayant pas un bureau infirmier à proximité des divisions, la décision de surveillance est donc attribuée aux surveillants de détention. Nous sommes mercredi, nous allons dans sa cellule lui prendre les constantes et surveillances neurologiques. Les paramètres vitaux sont assez médiocres. Une saturation à 80 % et une température à 40 °C. Elle accepte seulement que l'on lui prenne les paramètres vitaux. Le médecin, au vu de la situation, lui fait part d'une potentielle hospitalisation nécessaire. Elle refuse catégoriquement d'aller à l'hôpital. De ce fait, le docteur lui fait signer un papier de refus d'hospitalisation et refus de soins. La décision est prise qu'elle reste dans sa cellule avec des surveillances régulières.

On est lundi, il est 9 heures, nous nous dirigeons dans sa cellule. Nous prenons les paramètres vitaux. On remarque qu'elle est beaucoup encombrée au niveau des bronches. Elle est traitée par antibiotique, mais nous ne pouvons pas affirmer si elle prend régulièrement ses traitements.

On continue les soins. À 10 h 30, la surveillante de détention nous appelle pour nous informer qu'elle vient de retrouver Mme D. inconsciente. Les surveillantes nous informent qu'elles commencent les gestes de premier secours étant auprès d'elles en attendant notre arrivée. Même si Mme D refusait



d'être hospitalisée, on était dans l'obligation de faire les gestes de premiers secours car nous ne sommes pas amenés, nous en tant qu'infirmier, à constater le décès. Tout de suite, chaque professionnelle était concentrée sur ce qu'il faisait, pour que tout se déroule dans de bonnes conditions. On prépare les papiers nécessaires avec ses antécédents et traitements en cours pour pouvoir transmettre les informations médicales les plus claires aux pompiers. Pris un peu de panique, car nous ne pensions pas que ça allait arriver 1 heures après notre passage dans sa cellule, je prends le sac de secours et on monte vite en division pour aller lui porter secours. 15 minutes après l'appel, les pompiers arrivent. Une fois arrivés, ils posent une voie veineuse puis lui font une injection des drogues d'urgence. Au vu de l'injection faite, il vérifie et s'aperçoivent que son pouls est perceptible. Ils prennent contact avec l'équipe de réanimation, pour les informer qu'une personne en urgence va arriver. Ils la mettent sur le brancard pour pouvoir la transporter à l'hôpital. Avant de partir, il vérifie le pouls et à ce moment-là, le cœur s'arrête définitivement. Une fois les pompiers arrivés, je me suis mise en retrait et je leur ai laissé faire le nécessaire pour ne pas les déconcentrer. Le Docteur constate le décès, il est 10 h 55. Par la suite, nous contactons les pompes funèbres pour qu'elle soit transférée et qu'il réalise l'autopsie.

Son choix a été respecté, car elle voulait décédée entourée de sa famille. Elle nous avait précisées que « la prison était sa famille » et que si elle devait mettre fin à ses jours, c'était ici qu'elle souhaitait que ça se passe.

Au cours de cette situation, étant concentré sur les gestes de premiers secours à faire, je n'ai pas ressenti d'émotions fortes sur le moment présent. Or, une fois redescendu au bureau avec les infirmiers, c'est le lendemain que nous avons pu évoquer cette situation. Chacun a pu donner son ressenti, ses faiblesses. Étant étudiante infirmière, l'équipe s'est montrée rassurante que ce soient les infirmiers, mais aussi le médecin et les autres intervenants du pénitencier. J'ai ressenti un sentiment d'impuissance au début, car notre rôle propre d'infirmiers est d'être aidant au maximum pour les patients et leur garantir une bonne prise en soins et un bon état de santé. Or, dans ce cas, notre rôle propre infirmier était d'accompagner la patiente dans la fin de sa vie. Au cours de mon parcours scolaire, j'ai pu réaliser un stage dans un centre de pompes funèbres, c'est pour cela que j'ai pu réussir à prendre du recul sur la gestion du deuil. Grâce à cette situation, le respect du choix du patient est primordial et malgré le fait qu'elle était en refus de soins, je me suis montrée à l'écoute, bienveillante et empathique.

Face à cette situation, chaque professionnelle a ressenti des émotions ce qui est humain. J'ai eu la chance d'être bien entouré, et pour gérer ces émotions, j'ai eu besoin d'en parler à l'équipe. C'est par le biais d'en parler que j'ai pu passer à autre chose sans que cela ne m'affecte trop. Ils m'ont également félicité sur la posture professionnelle que j'ai pu avoir.

## 2.2 Le questionnement

Lors de ces deux situations évoquées, j'ai pu me poser de multiples questions concernant la juste distance à avoir tout au long de notre prise en soins. Mais aussi de savoir si les émotions que l'on pouvait ressentir avaient un impact sur la relation soignant-soigné.

Voici les interrogations que j'ai eues lors de ces deux situations :

- Se serait-il comporté de la même manière avec un étudiant infirmier qu'il ne connaissait pas d'avance ?
- Notre âge, influe-t-il sur notre relation avec les patients ?
- L'étudiant crée-t-il la même relation avec le patient que l'infirmier ?
- La distance professionnelle et la relation soignant-soigné que j'avais avec Mr H étaient-elles appropriées dans ce contexte et son histoire de vie ?
- Qu'est-ce qu'il fait que des idées noires sont apparues : manque de son entourage étant seul à l'hôpital, accumulation d'angoisse, stress, douleurs, et donc idées noires, l'équipe ne le rassurait peut-être pas assez ?
- L'étape de deuil était très difficile à gérer pour Mr H, ai-je été assez rassurante ?
- Existe-t-il une distance professionnelle à respecter ou elle est à adapter selon le patient ?
- Le fait de connaître le patient déjà d'une précédente hospitalisation, cela peut-il influencer la relation soignant-soigné et la distance professionnelle ?
- Quelle place donnée à nos propres émotions ?
- Je me suis demandé à plusieurs reprises si j'avais été à l'aise et à ma place lors de cette situation ?
- Le rôle idéal d'une infirmière n'est pas seulement de guérir les patients et de voir une amélioration de leurs états de santé ?
- Est-ce que l'on avait tout bien mis en place pour l'accompagner dans la fin de sa vie ?
- Est-ce que j'avais de l'appréhension lorsque j'allais dans sa cellule ?
- Avais-je été affecté par le fait que nous n'allons pas voir une amélioration de son état de santé et que dans cette situation, il était important de l'accompagner pour qu'elle puisse partir dans de bonnes conditions et sereine ?
- Comment gérer ses émotions face à une situation de deuil ?
- En tant qu'étudiante infirmière, est-ce que j'ai été assez rassurante pour Mme D ?
- Ma distance et posture professionnelle étaient-elles adaptées ?
- Est-ce que j'ai développé de l'empathie ?
- Est-ce qu'une bonne infirmière n'a pas d'émotions et doit tout de suite passer à autre chose ?

## 2.3 Emergence de la question de départ

Ces multiples questions que j'ai pu avoir par rapport aux situations vécues et observées durant ma formation m'ont donc amenées à prendre du recul, identifier les différents concepts et à réfléchir en particulier sur cette question de départ qui est la suivante :

En quoi les émotions interviennent-elles dans la relation soignant-soigné et questionnent la posture infirmière ?

## 3. Le cadre théorique

### 3.1 La relation soignant-soigné

#### 3.1.1 La définition et les différents types

Le mot relation vient du latin « relatio » qui signifie rapport, la relation est donc un lien qui met en rapport une personne avec une autre. D'après le dictionnaire Larousse, la relation se définit comme « l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles ».

D'après Alexandre Manoukian, psychologue clinicien, il définit la relation comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (A. Manoukian, A. Massebeuf, p.9). Il ajoute également que le terme relation met en jeu différents facteurs tels que : les facteurs physiques, les facteurs sociaux et psychologiques.

On comprend donc que la relation entre les différents individus n'est pas stable et qu'elle varie selon les différents facteurs auxquels les personnes sont exposées. Il ajoute de même « au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens » (page 10). Chaque individu a sa propre personnalité et vision de vie. La relation va donc dépendre du contexte dans lequel chacun se trouve (selon l'environnement, personnes malades ou en bonne santé...). De plus, le Docteur Catherine Deshays cite dans son ouvrage « là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel » (page 23). Nous ne sommes pas tous égaux et nous savons tous qu'une émotion peut très vite survenir et rendre la situation encore plus compliquée qu'elle ne l'ait déjà. Chaque soignant soigne différemment en fonction des valeurs qu'il s'est attribuées et des limites qu'il s'est donné. Alexandre Manoukian, notifie dans son ouvrage, « c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation ». En tant que professionnels de santé, nous sommes amenés à rencontrer dans notre quotidien une multitude de patients tous différents les uns des autres. Il se peut que l'on ait des préférences pour certains patients à soigner lorsque nous avons la même façon de penser ou bien un caractère qui y ressemble.

Il existe différents types de relation qui peuvent se mettre en place de façon naturelle. Selon un cours reçu lors du Semestre 2 sur l'UE : 1.01 « psychologie, sociologie, anthropologie », il nous avait été transmis que la relation soignant-soigné comporte ces différentes dimensions : la relation de dépendance voire maternage, la relation éducative, la relation coopérative, la relation d'autorité, la relation d'acceptation, la relation thérapeutique. On nous avait également transmis pendant ce cours magistral que la relation soignant-soigné repose sur trois attitudes pour un professionnel de santé :

- l'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeurs, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments.
- l'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu.
- une disponibilité du soignant est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée.

La relation soignant-soigné est donc un lien particulier qui existe entre le soignant et le patient, puisqu'ils interagissent ensemble lors des soins par le biais de la communication qui peut être de plusieurs ordres : verbale et non-verbale. Cette relation doit être basée sur un lien de confiance pour que chacun puisse évoquer ce qu'ils pensent sans se sentir jugé.

### 3.1.2 La relation de confiance

Selon le Larousse, il définit le concept de confiance comme un « sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose ».

Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières met en avant le fait que la confiance « apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins ». La confiance permet une communication et donc des relations sociales plus importantes. De même dans ce dictionnaire, Hildegarde Peupla « décrit quatre étapes dans l'évolution d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné :

- Une étape d'orientation : chacun des partenaires se présente et recherche contact et sécurité.
- Une étape de mise à l'épreuve : le soigné cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation.
- Une étape d'exploitation de la relation : les personnes échangent pour trouver des solutions. Chacune est acceptée telle qu'elle est.
- Une étape de fin de relation : chacun fait le bilan de ce qui s'est passé, conclut la relation et noue d'autres liens avec d'autres personnes » (page 326).

Il cite également que « le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de la relation ».

Le praticien hospitalier, A. Santin a défini la relation de confiance comme étant un concept qui doit impliquer les deux personnes concernées dans la relation. En effet, le soignant doit aussi donner sa

confiance au soigné. « Accorder sa confiance au malade, c'est, entre autres, comprendre sa demande de soins, la respecter ». Ainsi, «seule la réciprocité permet de s'engager mutuellement, de s'en remettre à l'autre, de collaborer. Si ce lien n'est pas réciproque, la relation de soins ne peut être construite et encore moins exister dans sa plénitude». De plus, « ne pas faire confiance à celui qui est partie prenante dans cette relation la rendrait à sens unique et perdrait de fait son sens d'échange. Deux identités distinctes qui ne se sont pas choisies, deux finalités qui tendent vers le même but, mais dont les motivations peuvent être différentes. L'un vient chercher un soin, la guérison, l'autre met à disposition une technicité, un savoir ». Les différentes personnes créant cette relation de confiance doivent créer un lien égal sans aucune supériorité venant du soignant. La réciprocité est primordiale dans la relation soignant-soigné afin que celle-ci puisse avoir lieu dans les meilleures conditions.

D. Phanuel (2013), dans son article « La relation pour instaurer la confiance dans les soins » évoque que « au cours d'une hospitalisation, la confiance s'instaure lors des soins et du processus relationnel les entourant » (page 30). La relation, le soin et la confiance sont donc intimement liés. Il ajoute que « le soin ne peut exister sans relation » et que « la confiance se développe au cours d'une série d'actes répétés dont les intervalles constituent autant de moments de vérification de la confiance donnée » (page 31). À travers cet article, il met en évidence que la notion de relation de confiance et la relation soignant-soigné sont importantes et primordiales pour la mise en place d'une relation de soins entre deux individus.

Chaque professionnel de santé est différent, mais selon la manière par laquelle les informations vont être transmises au patient, celles-ci vont avoir un impact sur la durée d'installation de la relation de confiance.

Il est important pour le personnel soignant, selon l'auteur de faire « preuve de grandes qualités d'adaptation à chacun, de lui transmettre des informations claires, précises, adaptées et d'adopter des attitudes et des comportements empathiques » (page 31).

La mise en place d'une relation de confiance peut faire générer certaines émotions chez le soignant. Ainsi, l'alliance thérapeutique entre en jeu pour permettre d'instaurer une bonne relation soignant-soigné.

### 3.1.3 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique se définit selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières comme étant « créé progressivement un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide ». De plus, selon Carl Rogers, « aucune modification ne peut avoir lieu sans l'aide d'une relation » Ainsi, les deux tiers doivent s'impliquer dans un même objectif. Selon Carl Rogers (1957) dans l'ouvrage sur les concepts en sciences infirmières, « c'est la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute, qui influence le travail thérapeutique » (page 66). Également dans cet ouvrage, « Selon Greeson (1965), l'alliance thérapeutique repose sur trois composantes : le

transfert, l'alliance de travail et la relation réelle » (page 66). Le soignant a pour but d'aider son patient à trouver ses propres solutions par lui-même pour qu'elle lui corresponde au mieux, plutôt que de lui les imposer. Ceci permet aux patients d'être acteurs de ses soins et d'être impliqués au maximum dans son propre parcours de soins thérapeutique. Par l'implication du patient dans ses soins, cela limite la relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant. Cependant, des situations complexes peuvent avoir lieu tels que : des désaccords, un conflit, une incompréhension... Le soignant doit dans cette situation, trouver une solution en passant par la négociation et l'explication auprès du patient. Or, dans ce cas, l'alliance thérapeutique peut se briser. Ainsi, selon P. Baillargeon et D. Puskas, « un bris de l'alliance n'a pas que des effets négatifs » (page 5). Toujours d'après le même article, la rupture de l'alliance thérapeutique peut-être plus efficace à condition que l'alliance soit restaurée par la suite. Il existe différents indicateurs que ce soit des verbalisations ou des comportements qui peuvent aider à identifier les bris de l'alliance comme par exemple « la non-réponse à une intervention » (page 6) « les manœuvres d'évitement », « l'expression directe d'un sentiment négatif » ou « la complaisance » (page 5). On comprend donc qu'à travers cet article, cette cassure de l'alliance est faite principalement de façon involontaire par le soignant. À travers chaque relation, nous sommes amenés à ressentir des émotions qu'elles soient positives ou négatives. Il est donc important de connaître la signification de cette notion pour permettre de comprendre ce qu'elles peuvent générer en nous. En évoquant le terme d'alliance thérapeutique, celui-ci est relié à la relation soignant-soigné et aux émotions.

## 3.2 Les émotions

### 3.2.1 La définition

Pour tous les êtres humains, les émotions font partie intégrante du champ affectif de notre vie quotidienne. Du latin « emovere, emotum » (enlever, secouer), et de « movere » (se mouvoir) le terme « émotion » signifie d'après F. Lelord et de C. André (2001) « une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions) ». Une émotion est imprévisible et quotidienne. Nous ne pouvons pas anticiper notre réaction, car elles apparaissent comme un ressenti inattendu face à stimulus sensoriel provenant de l'environnement qui nous entoure.

Selon le dictionnaire Larousse, les émotions correspondent à « trouble subit, agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc ». Dans l'ouvrage sur les concepts en sciences infirmières, N.Silmany, psychologue et psychanalyste, identifie le terme émotions comme « une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. »

Dans un article écrit par une psychologue, M.Kunhel (2022), l'auteur affirme que « les émotions font partie de la pratique quotidienne dans le soin. Elles peuvent être individuelles ou collectives, et

constituent une formidable ressource dans le travail clinique. Elles sont parfois douloureuses, il est donc important de les questionner pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'accompagnement, sans s'épuiser » (page 22). Ressentir une émotion permet de trouver un sens à ce qui a été vécu. Certes, « il est impossible de ne pas ressentir d'émotions. Elles peuvent être mises à distance (en cas de traumatisme, notamment). Elles vont influencer toutes nos relations affectives, dans la vie privée comme dans le travail » (page 23).

Elle mentionne dans son article que de prendre conscience de ses émotions est primordial. Il est important de « mettre des mots dessus permet de prendre de la distance par rapport à la pratique et de se préserver du risque de burn-out. Il est donc indispensable pour le soignant d'être à l'écoute de ses émotions, de ne pas les mettre de côté, de les retravailler en supervision (analyse de pratiques) » (page 24). C'est grâce à « la prise de conscience de ses propres limites qu'il est possible de rester dans l'empathie et dans l'accompagnement de la personne vulnérable » (page 23).

Selon un cours de l'Unité d'Enseignement 4.02 de Christine Le Bihan eu au semestre 2 de la formation infirmière, il existe différents types d'émotions : la joie, la tristesse, la colère, la peur, la surprise, le dégoût.

Or, la plus grande difficulté consiste à être à l'écoute de son corps. De plus, il existe des gestes d'ouvertures tels que tenir la main qui permet de se montrer à l'écoute et apaisant. Nous avons également vu durant cette formation, que selon Goleman Daniel, un psychologue américain, il définit l'intelligence émotionnelle comme « la capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres ». En lien avec cette citation, on avait appris que l'intelligence émotionnelle comporte 3 compétences : la compétence personnelle (conscience et maîtrise de soi), la compétence sociale (empathie) et les aptitudes sociales (coopérer, communiquer).

Les émotions sont présentes pour chacun d'entre nous, tout au long de notre existence, elles sont nécessaires à notre vie. Il existe 2 types d'émotions ; les positives et les négatives, c'est pour cette raison qu'elles peuvent être pour nous plus ou moins agréables et nous intimider. C'est pour cela que nous mettons en place certains mécanismes de défenses pour ainsi éviter d'être trop impacté par la situation vécue.

### 3.2.2 Les mécanismes de défenses

Selon la théorie de monsieur Sigmund Freud neurologue, à « chaque fois que le sujet ne peut pas passer à l'acte, il y a angoisse. Inversement, lorsqu'il y a angoisse, un passage à l'acte atténue cette angoisse ». Tout sujet confronté à une situation inhabituelle ou déplaisante développera une tension qui nécessitera la mise en place de mécanismes de défense destinés à réduire l'angoisse.

D'après Braconnier Alain, médecin psychiatre, il indique dans son article que « les mécanismes de défenses ont été créés afin de défendre, protéger le psychique humain » (page 54).

Henri Chabrol, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, définit cette notion par des « opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes » (Henri Chabrol, 2005, p31-32). De même, il indique que les mécanismes de défense correspondent à un « processus mental automatique, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente » (Henri Chabrol, 2005, p31-32).

D'après un psychologue N.Silmany dans l'article santé mentale de L.Hecktor, « la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales ». Dans ce même article, Braconnier précise que les différents mécanismes de défenses mise en place traduisent « une notion qui englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes ».

Dans le cadre de notre formation, nous avons travaillé sur les mécanismes de défenses. En effet, on nous avait transmis lors de ce cours cette définition : « opération psychique qui vise à réduire ou supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu. » On peut en déduire que les mécanismes de défenses ne sont pas des stratégies conscientes. « Ils représentent des processus psychiques visant à se défendre de pulsions jugées inconciliables avec le Moi, ou encore dangereuses. »

Durant cette formation, nous avons appris à différencier les mécanismes de défense et ainsi à donner une définition à chacun d'eux. Les mécanismes de défense sont présents au quotidien, et sont multiples. Tout d'abord, il y a le déplacement, c'est un « transfert de sentiments suscités par une personne ou une chose à une autre personne ou à une autre chose jugée moins menaçante ou neutre. » Puis il y a le déni, il avait été défini comme un « refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ». Ensuite, l'identification se caractérise par une « tentative d'amélioration de l'estime de soi par l'acquisition des attributs et des caractéristiques d'un individu qu'on admire ». Mais aussi, le refoulement fait partie des différents mécanismes de défenses. C'est le « fait de repousser ou de maintenir involontairement dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs...). Processus à l'origine de l'inconscient ». Le « fait d'expulser de soi-même ou d'attribuer à quelqu'un d'autre des qualités, des sentiments, des désirs que l'on méconnaît ou que l'on refuse » correspond à la projection. Le clivage du moi se traduit par une « coexistence au sein du moi de 2 attitudes psychiques contradictoires. L'une tient compte de la réalité, l'autre la nie ». Puis la sublimation qui est la « transformation, dérivation du désir, de la pulsion vers un objet socialement acceptable ». Enfin, la rationalisation correspond à la « tentative d'explication donnée pour justifier un phénomène, comportement ou une action. Permet de croire que l'action est le résultat d'une réflexion ».

Tous ces mécanismes de défenses sont utilisés pour nous permettre de combattre une anxiété, une peur réelle, une perte de l'estime de soi, mais aussi le stress. C'est pour cela qu'il est important pour le soignant de savoir gérer ses émotions face à une situation complexe.



### 3.2.3 Comment gérer ses émotions

D'après Quinon Marie, elle affirme dans son article que « le terme d'empathie est fondamental dans ces deux situations. Il s'agit de la « juste empathie » : le trop conduit à s'identifier au malade, à vivre avec lui sa souffrance. Nous ne sommes jamais complètement à l'abri de ce mouvement intérieur. Mais nous savons qu'il risque de nous happer et de nous faire perdre la « juste » distance » (page 23). Nous savons que le quotidien des soignants est rythmé par de multiples émotions en fonction de chaque situation vécue. Pour commencer, le site la macsf cite « il est normal, surtout en période de crise, de ressentir des émotions et parfois même de se sentir envahi ; il faut les accepter et surtout ne pas les rejeter ni les refouler, sous peine d'explosion ou d'implosion. Aussi pénibles soient-elles par moment, elles ne sont pas les ennemies que l'on croit... Pour peu qu'on les accepte, qu'on les écoute et qu'on en décrypte les messages, les émotions, sont les gardiennes de notre bien-être et les moteurs de nos actions. » Il est impossible de ne pas ressentir d'émotions, c'est pour cela que le site web de la macsf met à disposition des petites astuces pour aider chacun d'entre nous à gérer nos émotions.

Dans un premier temps, il est important pour chaque soignant « d'accueillir l'émotion ». Pour une majorité de personnes, les émotions sont plutôt négatives et peuvent altérer notre façon de travailler lorsqu'elles sont intenses. « Nous avons du mal à considérer les émotions comme des alliées ; nous sommes facilement débordés par les réactions qu'elles entraînent, et nous préférons alors les rejeter plutôt que de les accueillir, ce qui a tendance à les entretenir et à les renforcer ». En première clé pour mieux accueillir ses émotions, il s'agit de « diminuer l'intensité de l'émotion en observant notre ressenti ». En effet, il faut « décrire ce qui se passe en nous. Parce que, comme tout signal d'alarme, l'émotion a besoin d'attention et, dès lors que nous lui en accordons, elle va se réduire considérablement, nous permettant de réfléchir plus facilement à une réponse concrète. » Ensuite, il faut « nommer l'émotion ». Nous savons que le stress « nous déconnecte de ce qui se passe pour nous ; or, nous avons besoin d'identifier l'émotion pour pouvoir la comprendre ». Puis, il est nécessaire « d'analyser la situation qui a déclenché l'émotion ». Pour nous permettre d'analyser, on peut se poser plusieurs questions : « Quelles étaient les circonstances ? Que s'est-il passé avec le patient ? Est-ce déjà arrivé à un collègue ? Quels sont les points communs à ces différentes situations ? ». Dans un second temps, le site de la macsf dit qu'il faut « déchiffrer et agir ». En effet, « l'ensemble des réactions que vous avez observées lors de l'étape précédente va vous donner des renseignements sur vos réactions émotionnelles et donc vous transmettre une information cruciale sur vos besoins malmenés ». Il y a 4 étapes pour permettre de déchiffrer et agir. En premier, il s'agit de « reconnaître que l'émotion nous parle de nous », c'est-à-dire de reconnaître que c'est nous-mêmes qui générons une émotion face à la situation et qu'elle a quelque chose à nous dire sur nous. Puis il faut « identifier le besoin insatisfait qui déclenche l'émotion ». Ensuite, « faire le tri et garder l'objectif en tête » pour ainsi « passer à l'action ». Dans chaque situation, il est primordial d'en parler à son entourage comme

par exemple les collègues de travail. Nous savons tous que le risque d'épuisement professionnel conduit à des burn-outs. Il s'agit d'un épuisement physique, émotionnel et mental lié à une dégradation du rapport d'une personne à son travail. Il touche tous les métiers, mais a initialement été observé chez les soignants. Cette situation peut avoir lieu lorsque les soignants sont trop impliqués et ont des difficultés à mettre leurs émotions de côté lors de leurs temps personnels.

### 3.3 La posture infirmière

#### 3.3.1 La définition de la proxémie

Dans l'ouvrage « Julie ou l'aventure de la juste distance », un anthropologue américain Edward. T. Hall définit le terme proxémie comme étant « l'ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres. Selon cet anthropologue, il existe quatre distances principales dans l'expérience humaine : publique, sociale, personnelle, intime » (page 15).

D'après le dictionnaire Larousse, la distance se définit comme « un intervalle, un espace qui sépare deux ou plusieurs personnes. Un écart, une différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités ». Roland Narfin affirme que « la distance thérapeutique évoque la place de chacun dans la relation soignant-soigné » (Roland NARFIN, "L'aide-soignant", 2012, p 10). Mais qui dit distance, ne dit pas forcément "éloignement", ou "rupture" (Roland NARFIN, "L'aide-soignant", 2012, p 9).

Pascal Prayez (2009), docteur en psychologie clinique et sociale dans son ouvrage « Distance professionnelle et qualité des soins », définit la notion de "distance" comme étant « la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable » (page 5). Cette définition nous permet de faire un lien entre la notion d'éloignement et celle de proximité.

En tant qu'infirmier, nous sommes au contact physique des patients. Ce type de contact permet de créer des liens émotionnels intenses qu'il faudra savoir gérer en cas de situations complexes.

Une multitude de distance est possible lors d'une relation entre deux personnes minimum. Il est donc important de les connaître pour pouvoir connaître nos propres limites en tant que soignant.

#### 3.3.2 Les différentes distances

Pascal Prayez dans son roman Julie ou l'aventure de la juste distance, reprend les quatre distances qui permettent de décrire les interactions sociales selon E.T. Hall :

- « Distance publique » (au-delà de 3,60 m) : elle correspond à une situation où les protagonistes de l'échange sont relativement éloignés les uns des autres. .... Il y a peu d'interaction à cette distance ; la communication est avant tout verbale » (page 15-16). Il n'y a pas de non-verbal présent dans cette distance.

- « Distance sociale (de 3,60 m environ à 1,20 m) : en distance sociale, les deux interlocuteurs communiquent verbalement en s'adressant la parole à voix haute et en accrochant le regard de l'autre pour ne pas perdre le contact. Il y a au moins 1,20 m entre les deux personnes, ce qui correspond à un bras tendu : il n'est pas possible de se toucher. Par conséquent, la rencontre est d'emblée définie comme sociale, car les protagonistes sont en interaction avec des mots et non directement avec leurs corps » ( page 16). Cet échange est basé sur le regard et une communication verbale.

- « Distance personnelle (de 1,20 à 45 cm) : en distance personnelle, en revanche, la tonalité change et il devient possible pour chaque protagoniste de toucher et d'être touché. Le corps de l'autre est là, à portée de main, et il va de soi qu'on ne tolère sa présence que s'il y a un degré minimal de confiance pour ne pas craindre un mauvais coup ou un geste qui ne nous conviendrait pas » (page 16-17). La confiance doit être réciproque pour pouvoir avoir un contact physique.

- « Distance intime (de 45 cm jusqu'au contact physique) : en distance intime, la communication verbale n'est plus prépondérante : les dialogues, peu construits, peuvent se faire dans un murmure. Les perceptions changent et la vue perd de son importance. D'autres canaux sensoriels entrent en jeu : la perception olfactive (odeur attirante ou repoussante), le repérage du rythme respiratoire de l'autre, la chaleur ou la fraîcheur de la peau... La dimension non-verbale l'emporte sur la communication verbale, et le contact physique, ou son imminence probable, domine la conscience des partenaires » (page 17). La communication non-verbale est plus exploitée que la communication verbale. Cette distance intime permet d'apaiser, d'installer un lien de confiance et de mettre en sécurité.

Il est important de connaître ces différentes distances afin de l'adapter au mieux pour permettre au patient de bénéficier d'une meilleure prise en soins. En fonction du patient que nous prenons en soins et de la relation que nous avons avec lui, une certaine distance va se mettre en place. Cependant, certaines situations complexes en lien avec le lieu de soins, le contexte de vie ou bien l'histoire personnelle de chacun, certaines distances pourraient avoir un impact sur le prendre soin.

### 3.3.3 L'impact de notre distance sur le prendre soin

Le prendre soin est défini par Walter Hesbeen (1997) infirmier et docteur en santé publique tels que « en limitant mon propos au seul domaine de la santé, le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. On voit ainsi combien la concrétisation de cette aide sera tributaire de la représentation que le soignant a de la santé ». Pour compléter cette définition, une philosophe, Madame Brugère F. ajoute que « le prendre soin serait une activité de soutien, mais aussi d'accompagnement dans la vie. Elle permettrait à cette vie d'être maintenue, développée ou réparée » (2014, p. 58).

À plusieurs reprises, les soignants s'interrogent sur la bonne distance à instaurer dans la relation soignant-soigné. Selon le livre Julie ou l'aventure de la juste distance, « le vouvoiement aide à se positionner en tant que professionnel de santé, tout en préservant l'égalité des relations malgré la dépendance du malade » (page 117). De plus, elle cite dans son ouvrage que « la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. » Une définition de la juste distance est donc établie « il ne faut jamais perdre de vue que l'identification à l'autre est un mouvement imaginaire. Et même si le fait de se mettre en pensée à la place de l'autre peut nourrir une certaine empathie, fondamentalement, je ne suis jamais à la place de l'autre. Ce qui ne signifie pas : incommunication ou rencontre impossible » (page 213).

Nous savons qu'il existe certaines attitudes à adopter afin de maintenir la distance thérapeutique telle que l'évitement de toute forme de familiarité avec le patient. Le soignant a pour but de trouver ses propres limites à ne pas dépasser face au patient. Pour Roland Narfin, la blouse blanche n'a pas d'impact dans cette « distance », contrairement à l'attitude du soignant (2012, p 10).

Dans un article écrit par Martin Laure (2021), elle démontre que « d'instaurer la bonne distance avec la personne soignée n'est pas inné pour un soignant. Mais l'expérience aide. Et si chaque relation est singulière, des postures de base peuvent être mises en place par les infirmières » (page 64). C'est seulement en exerçant que l'on va apprendre nos limites, et nos faiblesses. L'auteur ajoute qu' « il n'y a pas de bonne ou de mauvaise distance avec un patient, on parle davantage de distance juste ou injuste, introduit Pascal Prayez, psychologue clinicien » (page 64). De plus, elle cite également « comme tout un chacun, il est normal de faire des erreurs, de se tromper, de se laisser prendre par une émotion. Une relation de soin, c'est une histoire et parfois, ce n'est pas facile de trouver la juste distance, reconnaît le psychologue clinicien. Cet apprentissage débute dès la formation initiale » (page 66). En tant que jeunes professionnelles, on sera amené à rencontrer des situations qui vont nous affecter. Ces situations vont nous permettre de nous poser les bonnes questions et ainsi de nous faire évoluer pour gérer au mieux les situations suivantes. Mais pour chacun d'entre nous, il est important d'avoir une double écoute, « c'est-à-dire reconnaître son émotion, l'accepter, puis se recentrer sur le patient en situation de vulnérabilité » (page 66). La juste distance dans les soins est une notion

complexe pour chaque soignant. En effet, elle requiert une bonne connaissance de soi afin de s'impliquer de manière adéquate avec le patient.

## 4. Méthodologie du recueil de données

### 4.1 Méthode de l'entretien

Pour réaliser les différents échanges avec les professionnels de santé, j'ai choisi de faire un entretien semi-directif. En effet, cela m'a permis de poser mes questions qui étaient pré-établies dans mon guide d'entretien avec des questions ouvertes qui permettent aux professionnels d'exposer au mieux leurs idées. De plus, j'ai pu rajouter certaines questions, ce qui m'a permis d'avoir un entretien riche et complet. Cet échange verbal a permis de répondre à mes besoins. Grâce à ces entretiens semi-directifs, les professionnels interrogés sont plus libres dans leurs choix de réponses et peuvent nous demander de reformuler au cas où la question a été mal interprétée.

### 4.2 Population interviewée

J'ai décidé d'interviewer deux infirmiers pour connaître leurs différents points de vue et idées en lien avec les recherches documentaires que j'avais pu faire auparavant. Après réflexion sur la population à choisir et en lien avec mon sujet, j'ai décidé d'interviewer une jeune infirmière diplômée dans le domaine de la médecine et une infirmière avec plusieurs années d'expérience qui a pu travailler dans divers services. Cette différence dans le temps d'exercice était un critère important pour ainsi savoir si elles avaient le même point de vue concernant les émotions et la posture professionnelle.

### 4.3 Organisation de l'entretien

Pour la recherche des professionnels de santé, au début, je voulais aller interviewer deux infirmières rencontrées lors d'un stage en deuxième année dans un centre de soins à domicile. Elle m'avait dit lors de ce stage de ne pas hésiter à les solliciter lorsque je serais en troisième année pour mon mémoire. Or, entre-temps, j'ai appris que le centre de soins à domicile avait fermé, et qu'une des deux infirmières était en reconversion professionnelle. C'est donc pour cela que j'ai choisi d'interviewer deux infirmières qui se sont portées volontaire et motivé lors de mon stage du semestre six. Au préalable, j'avais recueilli leurs consentements pour les enregistrer, et leur avais précisé que toutes les données étaient anonymisées. Pour l'enregistrement, j'ai utilisé mon téléphone portable.

#### 4.4 Objectif de l'entretien

Voici les cinq objectifs que je me suis fixés en fonctions de mes besoins et attentes :

Pour le premier objectif, je voulais connaître le profil des professionnels de santé interrogés en leur demandant leurs parcours professionnels et les expériences dont elles ont pu bénéficier. La connaissance de leurs expériences est importante pour en connaître davantage sur leurs valeurs, limites et pratiques infirmières.

En second objectif, je voulais qu'elles m'évoquent une situation où elle avait pu ressentir des émotions. Je voulais me baser sur leurs situations personnelles pour qu'elle puisse répondre à mes autres questions en lien avec leurs diverses situations rencontrées. Cette question avait aussi comme objectif de savoir si cela concernait des patients de courte durée ou plutôt des patients chroniques auxquels elles avaient pu ressentir des émotions. Au travers de leurs situations exposées, l'importance des émotions sera évoquée.

Ensuite, pour le troisième objectif, je souhaitais connaître leurs limites en lien avec leurs valeurs soignantes. Cela me permettait de savoir s'il existait une différence en fonction du temps d'exercice.

Puis, je les ai interrogés sur la juste distance professionnelle. Cette question était posée sous forme de question ouverte, ce qui leur a permis d'exprimer leurs ressentis et leurs points de vue.

Enfin, comme cinquième objectif, je leur ai laissé la parole libre pour qu'elles puissent me donner quelques conseils autour des émotions et de l'impact qu'elles peuvent avoir sur la juste distance et la relation soignant-soigné. Cela me permettra d'être plus sereine lorsque je rencontrerai des situations similaires en tant que jeune diplômé.

#### 4.5 Bilan du dispositif : points forts et limite

Pour ma part, je n'ai pas rencontré de difficultés pour la réalisation des entretiens. Les infirmières m'ont donné leurs disponibilités, et j'ai pu fixer les temps d'entretiens sans difficultés. Elles se sont rendues disponibles sur leur temps personnel, mais cela leur tenait à cœur de pouvoir y participer. Concernant la réalisation de mon guide d'entretiens, je n'ai pas eu de difficulté à poser les différentes questions. J'avais pu y réfléchir pendant la rédaction de mon cadre conceptuel au fur et à mesure dès lecture que j'ai pu effectuer. J'ai été bien encadré et soutenu par les formateurs de l'institut de formation et les divers professionnels rencontrés qui me posaient quelques questions au sujet de mon mémoire. Tout ceci m'a permis d'être bien accompagné et donc de réussir les entretiens sans difficultés. De plus, je suis reconnaissante auprès des professionnelles que j'ai interrogées, et de l'intérêt qu'elles ont porté à mes questions.

## 5. Analyse des entretiens Infirmiers

Afin de pouvoir faire l'analyse des entretiens, j'ai choisi de classer les dires des infirmières par thématique en lien avec les questions que j'ai pu leur poser. Fort de l'écoute répétée et de la retranscriptions de mes entretiens semi-directifs, il m'a semblé plus pertinent de découper les informations par thématique que d'utiliser un tableau en accord avec ma référente. Je vous propose donc ce découpage de thématique qui me permet de reprendre les différents objectifs identifiés et d'apporter des éléments de clarification.

### 5.1 Profil professionnel des Infirmières A et B

Dans un premier temps, mon but était de connaître le profil des infirmières que j'avais interrogées. Il me semble important de connaître leurs années d'expérience, diplôme et les formations dont elles ont pu bénéficier.

L'IDE A est une infirmière diplômée depuis une quinzaine d'années contrairement à l'IDE B, diplômée depuis trois ans. Elles ont toutes les deux fait plusieurs services, avant d'intégrer l'unité de médecine interne polyvalente. L'IDE A a pu travailler en tant que remplaçante alors que L'IDE B, a tout le temps eu un poste fixe.

Concernant les formations sur les émotions, aucune des deux infirmières n'en a bénéficié, mais elles seraient toutes les deux intéressées si elles en avaient l'opportunité. L'importance de l'échange et le partage d'expérience pendant ces temps de formation est nécessaire pour se rendre compte que nous ne sommes pas seuls à éprouver certaines émotions, évoque l'IDE B.

### 5.2 La place des émotions

Concernant les émotions, les deux infirmières se rejoignent sur le fait que chaque personne perçoit des émotions, c'est un ressenti propre à chacun. Elles m'ont dit toutes les deux que les émotions étaient au cœur de notre métier et qu'elles étaient inévitables.

Pour l'IDE A, elle indique que les émotions sont en constante présence dans nos journées de travail. Elle cite la colère, le rire, la tristesse, la joie. C'est différents types d'émotions citées par l'IDE A font référence à un cours eu au Semestre 2 de la formation Infirmière, ou nous avons pu apprendre les différentes émotions possibles. Elle précise que l'on ne peut pas vivre sans émotions. Quand une émotion se présente, il faut savoir l'accepter, savoir l'identifier et ensuite y réfléchir pour nous permettre de savoir si c'est bénéfique ou plutôt délétère pour notre patient. Cette capacité à comprendre et analyser ses émotions expliquées par l'infirmière A, fait écho à mon cadre conceptuel

concernant la gestion des émotions. Elle me précise également que, certes, nos journées sont principalement rythmées d'émotions agréables. Or, lorsque certains patients ont des comportements racistes, misogynes, vulgaires..., elle a pu déjà ressentir des émotions désagréables, jusqu'à ne plus avoir envie de faire preuve d'empathie, de bienveillance et de respect.

Pour l'IDE B, étant jeune infirmière, elle est très très souvent confrontée à des situations où les émotions sont présentes. Elle a appris à travailler avec, mais cela lui arrive encore d'avoir des difficultés à les gérer. Que ce soit des jeunes patients qui peuvent avoir l'âge de sa sœur ou bien une personne âgée, n'est pas un frein pour qu'elle puisse s'attacher aux patients. Étant donné que nous travaillons avec des humains, le contact est inévitable. Alors pourquoi mettre des barrières alors que chaque personne est régie par des émotions ? Elle ne conçoit pas son métier sans créer de liens forts et sans apporter ce petit baume au cœur pour les patients en les sachant dans une période compliquée. Elle ajoute un élément qui est le suivant, pour elle la place des émotions dans le prendre soin dépend essentiellement du patient, de la place que celui-ci nous laisse mais c'est avant tout de la bienveillance.

Pour les deux infirmières, on retrouve un objectif principal lors d'une prise en soins, qui est de faire de leurs mieux pour que les patients se rétablissent rapidement. Elles peuvent parfois échanger sur leurs vies privées voire même tutoyer les patients pour leur bien-être.

Tout ceci fait écho à mon cadre conceptuel. En effet, dans un article écrit par une psychologue, M.Kunhel (2022), l'auteur affirme que « les émotions font partie de la pratique quotidienne dans le soin. Elles peuvent être individuelles ou collectives, et constituent une formidable ressource dans le travail clinique. Elles sont parfois douloureuses, il est donc important de les questionner pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'accompagnement, sans s'épuiser ».

### 5.3 La juste distance

Concernant la juste distance, elles se rejoignent toutes les deux en affirmant que chaque situation est singulière, chaque rencontre avec le patient est unique. Elles utilisent toutes les deux le terme de « ce n'est pas inné ». En effet, dans un article lu pour la construction de mon cadre conceptuel, Martin Laure (2021), démontre que d' « instaurer la bonne distance avec la personne soignée n'est pas inné pour un soignant. Mais l'expérience aide. »

Pour l'IDE B, il existe une juste distance, mais elle est différente selon les infirmières. Cette distance diffère selon la prise en charge, selon le service. La distance ne va pas être la même par rapport à un patient qui a un cancer et une personne âgée qui est dans la structure depuis plusieurs années. Chaque infirmière, chaque médecin n'a pas la même relation et distance selon le patient qu'ils prennent en soins. Pour elle, il n'y a pas de distance optimale. Chaque prise en soins est singulière et chaque



distance est à ajuster selon le patient. C'est quand on juge que l'on est allé trop loin, que la juste distance s'installe.

Pour l'IDE A, le terme distance professionnelle n'est pas significatif. En effet, elle affirme être proche de ses patients. En aucun cas, elle a envie d'être distante d'eux. Certes, elle se sent proche d'eux sans se mettre à leur place. Elle emploie le terme d'empathie, qui est la capacité à entendre, écouter, aider sans se mettre à la place de la personne. Elle cite une expression : "on n'est pas des sprinters à l'hôpital, on est des marathoniens". Certes, des situations complexes peuvent avoir lieu, mais elles évoquent toutes les deux l'importance de les accepter et de trouver des personnes de confiance pour nous permettre d'échanger.

#### 5.4 La place de l'équipe

Pour l'IDE A et B, la place de l'équipe dans la gestion des émotions est primordiale. Après avoir accueilli les émotions, il faut avoir des personnes à qui en parler. Elles m'ont dit à plusieurs reprises lors des deux entretiens, qu'il faut absolument en parler à ses collègues de travail. En tant que soignants, nous débordons d'émotions comme dit l'IDE A. Elle ajoute également que le temps de transmissions ou staff est essentiel. Estimé entre 20-30 minutes, dans leurs service, cela dure environ 40 minutes. Durant ce temps, ils vont parler de leurs patients, mais pas seulement. Les différents professionnels peuvent échanger et partager leurs points de vue et. De plus, ces temps de parole leurs permettent de vider tout ce qu'elles ont pu accumuler et d'exprimer tout ce qui s'est passé et ressenti. Que ce soit une émotion agréable ou non, il faut en parler.

Pour l'IDE B, étant jeunes infirmières, elle a tendance à garder des situations en tête lorsqu'elle finit sa journée. Il lui est encore difficile de différencier la vie personnelle et la vie professionnelle. Les deux infirmières se rejoignent dans leurs propos en citant comme personnes ressources : la cadre de santé, les collègues et les amies infirmières. Quand une situation est trop compliquée au niveau émotionnel pour une infirmière, des changements de secteur peuvent avoir lieu. Il existe des solutions, mais pour cela, il faut en parler pour nous permettre d'extérioriser les diverses émotions que l'on accumule.

#### 5.5 Ressentis des émotions : Plutôt patient de courte durée ou patient chronique ?

L'IDE A ayant plus d'expérience que l'IDE B, elles ont un ressenti différent. En effet, l'IDE A a déjà travaillé en tant que remplaçante. Le fait de changer de service quotidiennement et de ne pas avoir un suivi régulier de ces patients, était un frein pour qu'elle ne puisse pas s'attacher au patient. A contrario, elle a travaillé 7 ans en hémodialyse. Il s'agit d'un service où les patients viennent 3 fois par semaine. Au fur et à mesure de voir les patients régulièrement, des liens forts se tissent. Le partage de la vie privée est plus facile puisqu'une relation soignant-soigné de confiance s'instaure. Ce qu'elle a

pu me dire fait référence à mon cadre conceptuel concernant la relation de confiance qui correspond à : sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose. Elle cite même au cours de l'entretien : "on faisait un peu partie de leur vie".

Pour l'IDE B, la durée d'hospitalisation n'est pas une gêne pour tisser des liens intenses. En effet, elle a pu m'évoquer une situation où elle avait tissé un lien fort avec un patient qui était dans le service depuis 4 jours. Sur des prises en soins de courte durée, elle ne qualifie pas cela comme un attachement, mais plutôt comme un feeling qui se sent dès les premiers échanges avec le patient. Ce feeling est bénéfique pour elle, car les patients vont être plus ouverts à la discussion et vont pouvoir exprimer davantage leurs peurs et angoisses.

## 6. Discussion

Dans cette dernière partie de mon travail de recherche, à l'appui de ma question de départ, je vais confronter les différents éléments du cadre conceptuel avec les résultats d'analyse des entretiens ainsi que mon point de vue personnel en lien avec mon expérience et mes recherches.

### 6.1 Les émotions

Chaque individu est régi par des émotions et se manifeste chacune physiquement et psychologiquement d'une manière différente. Comme évoqué dans mon cadre conceptuel par N.Silmany, psychologue et psychanalyste, il identifie le terme émotions comme « une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable. » En effet, il y a une émotion qui est présente lors d'une situation, mais l'affect entre en jeu aussi. Dans les situations d'appel évoquées au début de mon travail de recherche, l'affect était présent lorsque j'avais reconnu un patient déjà pris en soins un an auparavant. Cet affect que j'ai pu avoir envers ce patient était inévitable et c'est fait de manière naturelle et incontrôlé.

Lors de mes entretiens, une des deux infirmières m'évoque le fait qu'il est important d'accepter, de savoir l'identifier et ensuite y réfléchir pour nous permettre de savoir si c'est bénéfique ou plutôt délétère pour notre patient. Ces propos font écho à mon cadre conceptuel en lien avec un article écrit par une psychologue, M.Kunhel (2022). Elle affirme que « les émotions font partie de la pratique quotidienne dans le soin. Elles peuvent être individuelles ou collectives, et constituent une formidable ressource dans le travail clinique. Elles sont parfois douloureuses, il est donc important de les questionner pour mieux comprendre ce qui se joue dans l'accompagnement, sans s'épuiser ». Je suis du même avis que les auteurs et professionnelles. En effet, demain, lorsque je serai diplômée et serai confronté à des situations complexes, il sera important que je puisse prendre du recul. Cela me permettra de comprendre ce qu'il s'est réellement passé à travers ce que j'ai pu ressentir. Mettre des mots sur mon ressenti me permettra de prendre de la distance. Notre réaction face à une situation peut être différente d'un jour à l'autre en fonction de certains facteurs de notre vie personnelle. Comme dit par les deux infirmières, il est important de les travailler en supervision. Lorsque je serai infirmière, je n'hésiterai pas à faire part de mes angoisses, ressentis, inquiétude lors des transmissions ou réunion pluridisciplinaire. Le partage à l'équipe me sera bénéfique pour que je puisse faire face à d'autres situations dans les meilleures conditions.

Concernant le terme "empathie", au début de mon travail de recherche, j'avais déjà entendu ce terme sans comprendre le sens qui lui était donné lorsque les professionnelles l'employaient. Après quelque recherche, le terme d'empathie est fondamental. Il s'agit de la « juste empathie » : "le trop conduit à s'identifier au malade, à vivre avec lui sa souffrance" comme évoqué dans mon cadre conceptuel. L'infirmière A me dit ne pas ressentir d'empathie lorsqu'elle prend en soins un patient qui tient des propos déplacés. Dans notre profession d'infirmière, je pense qu'il est important de faire preuve

d'empathie. Je serais à l'écoute de mes patients et disponible pour eux sans me mettre à leur place. Certes, certaines histoires de vie sont parfois difficiles et tristes, or pour ne pas être submergé par mes émotions, je ferais un travail psychologique pour ne pas m'identifier à leurs vies. Le risque de faire un transfert entre ce que vit le patient, et notre vie privée est je pense très souvent remarquable. Il est donc important de prendre conscience de ses propres limites dès qu'il est possible pour rester dans l'empathie.

## 6.2 La gestion des émotions et l'importance de la place de l'équipe

La gestion des émotions est un vaste sujet. Chaque émotion ressentie est singulière comme me l'ont dit les deux infirmières. Il n'existe pas vraiment de réponse toute faite pour gérer ses émotions, car cela dépend de plusieurs facteurs tels que notre vécu, notre expérience professionnelle, etc...

Le site internet la MACSF, comme expliqué dans mon cadre conceptuel, met à disposition des petites astuces pour permettre d'aider les professionnels à les gérer. Nous savons tous que la gestion de ses propres émotions n'est pas innée, elle s'acquiert à travers le temps et l'expérience même si le décès d'un patient nous affecte toujours, que l'on soit jeune débutant ou soignant plus expérimenté. Demain, lorsque je serai jeune diplômé, comment je ferais lorsque je serai confronté à une situation forte et intense impliquant mes émotions ? C'est une question que j'ai pu me poser à plusieurs reprises. Les infirmiers rencontrés lors des stages et interrogés pour mon mémoire m'ont rassuré et m'ont évoqué le fait que l'équipe soignante était une ressource. L'importance de la place de l'équipe n'est pas une notion que j'ai abordée dans mon cadre conceptuel. Ces éléments apportés lors des entretiens semi-directifs m'ont permis d'apporter un éclairage sur ma question de départ. Tout d'abord, pour me permettre de me livrer à mes collègues, il va être important que je sois bien intégré dans l'équipe et que je me sente moi-même en confiance. Cette légitimité auprès de l'équipe ne se fera pas directement, cela demandera du temps. Je sais que je ne serais pas la seule à vivre des situations complexes, d'autres professionnels y seront confrontés. Je pense que pour que je trouve ma juste distance dans les soins, il faudra que je trouve ma juste place dans l'équipe. Tout ceci me permettra de me protéger de mes émotions et d'avoir une relation de soins qui sera adaptée à ce que vit le patient à ce moment présent.

Le fait de me sentir en confiance dans l'équipe pluridisciplinaire me permettra de me livrer à eux sans tabou et de pouvoir poser toutes mes questions qui ne seront pas perçues comme inutiles. Cette confiance, instaurée avec l'équipe sera à mon service car cela me permettra de travailler ma posture professionnelle. De plus, cela sera au service du patient puisque j'aurai une relation qui sera adaptée à ses ressources et besoins.

Il est important d'accepter d'avoir des émotions, cela fait partie de nous, nous sommes humains. C'est en partie pour cela que j'ai décidé d'exercer ce métier. Cette sensibilité, qui fait partie de moi et de mes

valeurs que l'on m'a inculqué, sera une force pour ma future pratique professionnelle, même si au début de ma formation et de ce travail de recherche, je percevais cela comme une faiblesse. Je serais donc dans l'empathie, l'écoute, la confiance. Lorsque je serai amené à vivre des situations avec des émotions intenses, il sera important pour moi de savoir quand cela va trop loin, pour ainsi pouvoir prendre du recul. Ceci me permettra de forger mon identité personnelle. La gestion de ses émotions requiert une grande connaissance de soi.

### 6.3 La juste distance

Comme étudiée dans le cadre conceptuel, la distance se définit comme « un intervalle, un espace qui sépare deux ou plusieurs personnes. Un écart, une différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités ». Les infirmières contredisent cette définition en m'expliquant que l'on a pas à être distant de nos patients. Si nous avons choisi cette profession, nous serons forcément amenés à être proches d'eux. Le terme de distance n'est donc pas adapté pour elles lorsque l'on parle de la prise en soins d'un patient. Selon l'IDE A, pleurer devant son patient n'est pas perçu comme un manque de professionnalisme. Cela est propre à chacun. Je pense que nous avons tous en nous une sensibilité, mais elle s'exprime de manière différente selon notre personnalité.

Les deux infirmières m'ont fait part qu'il leur arrive parfois de s'identifier à certaines situations rencontrées au travail. Elles parlent de transfert. Ces situations provoquent des émotions fortes. Pour l'infirmière B, lors de la prise en soins d'une jeune patiente anorexique, elle identifie cette situation à celle de sa sœur qui avait le même âge. Cette identification ne fait qu'augmenter les émotions ressenties du fait d'un attachement personnel.

Au fur et à mesure de l'écriture de ce travail de recherche, je me suis interrogée sur les différents facteurs pouvant intervenir dans la relation soignant soigné. À travers les entretiens et lectures réalisés, chaque soignant s'est déjà posé la question s'il existait réellement une juste distance. Nous sommes tous attachés à avoir de bons liens avec les patients que nous prenons en soins. En effet, comme dit par l'IDE B, le fait de mettre le patient en confiance, cela va lui permettre d'exprimer toutes ses craintes, angoisses, mécontentement. Cette mise en confiance permet de créer une relation soignant-soigné adaptée. Cela nous permet d'avoir toutes les informations nécessaires pour que le séjour hospitalier du patient se déroule dans les meilleures conditions. Comme étudié au préalable dans le cadre conceptuel ainsi que dans l'analyse, nous remarquons qu'il n'existe pas de définition fixe de « la juste distance dans les relations soignants-soignés ». Tant de choses peuvent nous rapprocher comme nous séparer du patient évoque l'IDE A.

Je pense que plusieurs facteurs permettent d'instaurer une distance avec le patient tels que : les émotions que l'on ressent, l'affect, le type de relation que l'on a avec le soigné (proche, relation de confiance ?)... Comme évoqué juste auparavant, le terme de juste distance est difficile à définir, car

d'un soignant à un autre elle sera différente, étant donné qu'elle est propre à chaque individu. Lorsque je serai jeune diplômé, je mettrai en place cette "juste distance" en fonction des limites que je me serais fixé. Aucune règle n'est instaurée pour tenir cette juste distance, c'est à chaque professionnelle de mettre un cadre lorsque l'on ressent que le patient devient difficile à prendre en soin. Je pense que si une situation devient trop difficile émotionnellement pour nous soignants, il ne faut pas hésiter à passer le relais et changer de secteur si le service le permet.

Étant bientôt diplômée, j'ai déjà constaté, grâce à mes expériences et mes recherches, l'importance de cette distance, et toutes les notions qu'elle englobe. En effet, comme je l'ai expliqué dans mon cadre conceptuel, il existe plusieurs types de distance, aussi bien pour notre vie personnelle que pour notre vie professionnelle. Savoir comment la mettre en place, ou encore l'interpréter, demande une certaine expérience, et nécessite de savoir prendre du recul. La prise en compte de la relation pour adopter une distance professionnelle est, selon moi, primordiale dans notre profession d'infirmier.

#### 6.4 La relation soignant-soigné

Au cours des entretiens réalisés, les deux infirmières me citent à plusieurs reprises l'importance de la bienveillance, du respect, de l'écoute et de la disponibilité. Explicité dans mon cadre conceptuel, Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières met en avant le fait que la confiance « apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins ». La confiance permet une communication et donc des relations sociales plus importantes. Toute cette attention, portée envers le patient, est primordiale pour qu'il puisse se sentir en sécurité. Concernant les situations de fin de vie, je pense qu'il est impossible de s'habituer au décès. Nous apprenons à gérer nos émotions et trouver le juste milieu. Or, dans chaque situation, nous sommes obligés de ressentir des émotions. L'inverse nous prouverait que nous ne pouvons pas relier nos valeurs humaines à notre activité professionnelle. Je pense que ressentir des émotions fait partie de notre métier. Je préfère dans ce cas, en parler, les extérioriser pour comprendre et que cela soit constructif pour le futur. Un jour, si quelqu'un me dit être habitué à gérer des décès, je comprendrai que c'est une façon pour lui de ne pas accepter ses propres émotions et ainsi se protéger. Pour l'IDE B, qui a une plus courte expérience, l'expérience professionnelle n'est absolument pas déterminante dans la relation de confiance que nous créons avec le patient, ainsi que dans la gestion de ses émotions. Bien sûr, elle reconnaît que cela permet d'être plus à l'aise, et évoque notamment la notion de légitimité. En complétant ce que l'IDE B m'a dit, la notion de légitimité a été abordée à l'institut de formation lors d'une rencontre avec des jeunes diplômés de la promotion 2019-2022. Ils nous ont expliqués que cette légitimité auprès de l'équipe soignante allait prendre du temps avant de se mettre en place. Pour certains, au bout d'un mois de profession, il se sentait en confiance dans le service. Or, pour d'autres infirmiers, cela avait pris six mois avant qu'il puisse se sentir légitime et réellement

infirmier. Comme la gestion des émotions, tout cela dépend de chacun et je prendrais le temps qu'il faut pour que je puisse me sentir moi-même, sereine et en sécurité dans le service.

En lien avec ma situation d'appel où il s'agissait d'un patient chronique déjà pris en soins un an auparavant dans un autre service, l'IDE A m'indiquait qu'elle avait tendance à ressentir plus d'émotions avec les patients chroniques contrairement au patient de courte durée. Elle avait travaillé comme remplaçante et cela ne lui correspondait pas, du fait de ne pas avoir un suivi régulier sur les patients qu'elle avait en soins. Contrairement à l'IDE B qui n'avait aucune difficulté à créer une relation de confiance et donc de ressentir des émotions avec des patients de courte durée. Cette différence est due à nos valeurs et limites que chacun s'est fixées.

Je pense que je suis comme l'IDE A. J'ai besoin de connaître la personne, son parcours, ses antécédents... Toutes ces informations sont nécessaires pour pouvoir mettre le patient en confiance. Pour le moment, j'aurais tendance à vouloir travailler dans un service avec des patients chroniques contrairement aux urgences. Ce type de service me permettra d'avoir un suivi régulier de mes patients et ainsi de voir leurs évolutions.

## 6.5 De la question de départ à la question de recherche

Ce travail de recherche m'a permis de me rendre compte de l'importance de la place des émotions dans notre métier d'infirmier. Elles sont présentes tout au long de nos journées de travail que ce soit en structure ou bien à domicile. Elles peuvent être perçues comme bénéfique voire même délétère pour certains soignants. Certes, elles nous permettent d'en apprendre davantage sur notre personnalité, mais elles peuvent avoir un impact sur notre vie personnelle. Il est important de s'écouter, d'apprendre à les identifier et de les gérer avec l'équipe pluridisciplinaire qui est la principale ressource. Plusieurs éléments dits par les infirmières font référence à mon cadre conceptuel. Être à l'aise dans l'équipe, être en confiance et le fait d'avoir une posture bienveillante sont des éléments clé qui me permettront d'appréhender les émotions que je pourrais ressentir lors d'une prise en soins délicate.

J'en retiens que s'il y a une bonne dynamique d'équipe au sein de mon service, je m'appuierais sur mes collègues pour m'aider à gérer les éventuelles situations complexes.

Suite à ces recherches et entretiens, il me semble intéressant d'approfondir mes recherches sur l'importance de l'équipe pour nous permettre de forger notre propre posture professionnelle. Cette dynamique d'équipe est primordiale lorsque l'on est jeune diplômé, puisque lorsque l'on arrive dans un nouveau service, on a besoin de se sentir en confiance pour nous permettre de se livrer.

Cette ouverture m'a permis de rédiger ma question de recherche qui est la suivante :

*En quoi la force de l'équipe est une plus-value pour affiner sa posture professionnelle et avoir une juste distance envers un patient vivant de fortes émotions ?*

## 7. Conclusion

Au cours de ces trois années de formation, j'ai été confrontée à de nombreuses questions concernant le métier d'infirmier. Les différents lieux de stages, mais aussi les cours, ont été une source d'inspiration et d'interrogations concernant la place des émotions dans mon futur métier. Je suis partie d'une situation qui m'avait affecté et donc me semblait importante d'approfondir puisque je sais que demain, je serai à nouveau confronté à ce type de situation et de par cette sensibilité que j'ai. À travers ces situations, cela m'a amené à ma question de départ qui est : *En quoi les émotions interviennent-elles dans la relation soignant-soigné et questionnent la posture infirmière ?*

J'ai tout d'abord défini les trois items présents dans ma problématique en m'appuyant sur des recherches théoriques. Ensuite, pour approfondir mes recherches et confronter ce que disaient les auteurs avec la réalité du terrain, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières d'un service de médecine interne polyvalente. À la suite de ces entretiens, je les ai analysés de façon descriptive. Puis, j'ai pu croiser les informations eu lors de mon cadre conceptuel avec les avis des infirmières ainsi que mon point de vue professionnelle. Après ce travail de recherche, j'en ai déduit une question de recherche qui est : *En quoi la force de l'équipe est une plus-value pour affiner sa posture professionnelle et avoir une juste distance envers un patient vivant de fortes émotions ?*

Les émotions ressenties et la gestion de celle-ci dépendent de chaque personnalité. En fonction de notre sensibilité et de l'expérience, il arrive qu'une même situation ne soit pas vécue de manière identique pour chaque personne. Nous avons tous en nous une sensibilité. Elle s'exprime d'une manière différente selon les individus. Il est primordial de forger sa propre identité pour ainsi pouvoir être opérationnelle auprès des patients pris en soins.

Concernant les entretiens que j'ai réalisés, j'étais ravie de pouvoir échanger sur mon sujet avec des professionnelles, cela m'a permis d'identifier leur façon de gérer leurs émotions, de compléter les lectures, de répondre à mes questionnements et de satisfaire ma curiosité. J'ai été reconnaissante par l'investissement que les infirmières ont eu pour participer à mes entretiens. Par leurs propos, j'ai tout de suite compris qu'elle faisait leur métier avec le cœur et qu'elles y prenaient du plaisir. Cela m'a redonné la motivation pour continuer ce travail de recherche.

Les différents stages que nous pratiquons nous montrent que les émotions sont présentes aussi bien avec les patients qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il est important en tant que jeune diplômé d'avoir une dynamique d'équipe qui nous met en confiance. La bonne entente au sein de notre service est bénéfique pour nous permettre d'assurer des soins de qualité. Cela nous permet de pouvoir exprimer notre ressenti, faiblesse, inquiétude sans se sentir jugé. Demain, quand je serai diplômée à mon tour, je n'hésiterai pas à en faire part à mes collègues pour pouvoir me libérer de toute la charge de travail et du stress que nous accumulons au fil des jours.



La réalisation de ce travail a été plus qu'enrichissante, elle m'a permis d'apprendre, de me questionner, de comprendre, de mener une réflexion sur ma pratique professionnelle et enfin d'évoluer en tant que personne et future soignante.

Arrivant à la fin de l'écriture de ce travail de recherche, cela m'a permis de comprendre que de ressentir des émotions était tout à fait normal, même si au début de la formation, je percevais cela comme une faiblesse. Comme beaucoup de professionnels me l'ont dit au cours des stages, c'est l'expérience qui aide à gérer certaines émotions. Chacun d'entre nous est régi par ses propres valeurs et qualités humaines. Celles-ci sont remarquables tant dans la vie professionnelle que personnelles tels que : le respect, la bienveillance, l'empathie, l'écoute, la disponibilité qui seront essentiels dans ma posture et pratique professionnelle.

## Bibliographie/ Sitographie

### **Ouvrages :**

- Deshays, C. (2013). Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel. Paris : InterEditions.
- Formarier, M., Jovic, L. (2009). Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Editions Mallet Conseil.
- Lelord, F, Andre, C. (2001). La force des émotions, Amour Joie et Colère. Edition Odile Jacob.
- Manoukian, A., Massebeuf, A. (2001). La relation soignant-soigné. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Dictionnaires : Paillard, C. (2015). Emotion Dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2è éd., p 158). Noisy-le-Grand : SETE
- Prayez, P. (2016). Julie ou l'aventure de la juste distance. Paris : Editions Lamarre
- Prayez, P. (2009). Distance professionnelle et qualité du soin (2è ed.). France : Editions Lamarre.
- Walter, Hesben (1997). Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. ( 1 er édition). Masson.

### **Articles périodiques :**

- Braconnier, A. (2013). Evolution contemporaine du concept de mécanisme de défense. Le journal des psychologues, n° 306, p54-55-56-57.
- Brugère F. (2014) Qu'est ce que le prendre soin aujourd'hui? Cahiers philosophique, n°136, pages 58 à 68.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. Recherche en soins infirmiers, n°82, p31-32
- Hecktor, L (2003). Les mécanismes de défense, Santé mentale, (75), p 20-21
- Kunhel, Marie-Laure (2022). Les émotions des aides soignants. Les troubles de l'audition, N°104, 22-24.
- Martin, Laure (2021). La juste distance avec le patient. Cyberattaques tous vigilants !, N° 7, 64-66.
- Narfin, R (2012). Trouver la juste distance thérapeutique. L'aide-soignant, n°134, p9- 10
- Quinon, Marie (2017). Accueillir les émotions des résidents avec empathie. L'obésité de l'adulte, N°74, 22-23.

### **Page web :**

- Baillargeon, P et Puskas, D. (2013). Alliance thérapeutique, L'alliance thérapeutique: conception, pratique. Défis jeunesse, p. 4-8.

[http://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/alliance\\_defi\\_06\\_13.pdf](http://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/alliance_defi_06_13.pdf)

- Emotions. (s.d). Dans dictionnaire larousse en ligne. Repréré à :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>

- La macsf, (2020). Nos conseils pour gérer ses émotions quand on est soignant

<https://www.macsf.fr/vie-pratique/sante/conseils-pour-gerer-emotions>

- Phanuel, D. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins.

[https://www.ifpssnc.nc/MyKomunote/php/\\_DOCS/SEQUENCES/NH04364167/Larelationpourinstaurerlaconfiance....pdf](https://www.ifpssnc.nc/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/NH04364167/Larelationpourinstaurerlaconfiance....pdf)

- Santin, A. (2009). Espace éthique région Ile de France, La relation de soin: une relation de confiance

<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance#:~:text=Donner%20sa%20confiance%20au%20soignant,demande%20de%20soins%2C%20la%20respecter.&text=Si%20la%20confiance%20est%20n%C3%A9cessaire,pas%20suffisante%20%C3%A0%20elle%20seule.>

- Sigmund Freud. (s.d). Ecole de psychanalyste et praticien en psychothérapie sur Aix en Provence.

<https://www.efpp.pro/details-les+mecanismes+de+defense+selon+sigmund+freud+debattus+a+la+e-faculte+de+psychologie+et+de+psychanalyse-222.html>

### **Cours :**

- Cours Unité d'enseignement 1.01 « psychologie, sociologie, anthropologie ». Semestre 1.

Monsieur Delambily S. Reçu à l'IFSI du CHU de Rennes.

→ définition des différents mécanismes de défenses

- Cours Unité d'enseignement 4.02 « soins relationnels ». Semestre 2.

Madame Le Bihan C. Reçu à l'IFSI du CHU de Rennes.

→ Qu'est-ce qu'une émotion ? Qu'elles sont-elle ?

- Cours Unité d'enseignement 1.01 « psychologie, sociologie, anthropologie ». Semestre 2.

Monsieur Robin G. Reçu à l'IFSI du CHU de Rennes.

→ les différents types de relation

## Annexe I : Guide d'entretien

Bonjour,

Je me présente, je suis Rosalie Savé, étudiante infirmière en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'ai quelque question à te poser concernant « l'impact des émotions sur la juste distance et la relation soignant-soigné ». Cet entretien aura une durée de 20 à 40 minutes. Es-tu d'accord pour que j'enregistre cet entretien en sachant que toutes les données personnelles seront anonymisées et seront détruites par la suite ?

Pour commencer :

- 1) Peux tu te présenter (ton parcours professionnelle et expérience en tant qu'infirmière) ?
- 2) T'est-il déjà arrivé de prendre en soins un patient avec qui tu avais tissé un lien fort ou faisait écho à ta situation personnelle ? Si oui, peux-tu me présenter cette situation ?
- 3) Face à cette situation, est ce que tu t'es sentis en difficulté ? Si oui, comment réagis-tu et quel moyen utilisé t'a permis de te protégé des émotions ?  
-> Si non ? Quelle est la place des émotions dans la prise en soins infirmiers ?
- 4) Ce type de prise en soins est-elle bénéfique ou plutôt déficitaire par rapport à tes valeurs soignantes ?
- 5) Quelles sont pour toi les limites à ne pas dépasser lors d'une prise en soins ?
- 6) Pense tu qu'il existe une juste distance professionnelle ?
- 7) Pense tu qu'une bonne infirmière signifie qu'elle ne perçoit pas d'émotions et arrive à rester professionnelle dans les divers situations qu'elle rencontre ?
- 8) Existe-t-il des formations autour de la notion des émotions des soignants : Si oui, a tu déjà participé à ces formations ?
- 9) Quel conseil donnerais-tu à une futur infirmière sur la gestion des émotions ?
- 10) Souhaite-tu ajouter une autre idée ?

Je te remercie de ta disponibilité, de l'attention et l'investigation que tu as eu lors de cet entretien.

## Annexe II : Entretien IDE A

*ESI : étudiante IDE : infirmière*

ESI : Bonjour, je me présente, je suis Rosalie Savé étudiante infirmière en 3e année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, j'ai quelques questions à te poser concernant l'impact des émotions sur la juste distance et la relation soignant-soignée. Cet entretien aura une durée de 20 et 40 minutes. Es-tu d'accord pour que j'enregistre cet entretien en sachant que toutes les données personnelles seront anonymisées et seront détruites par la suite ?

IDE A : Oui, je donne mon consentement.

ESI : Ok merci, alors pour commencer, est-ce que tu peux te présenter, ton parcours professionnel et ton expérience en tant qu'infirmière ?

IDE A : Alors je suis infirmière en unité de médecine interne polyvalente. J'exerce depuis une quinzaine d'années, j'ai commencé mon parcours professionnel en psychiatrie avant d'intégrer le CHU de Rennes où j'ai été remplaçante d'été dans le service de réanimation. Après, j'ai intégré le service de remplacement du CHU où j'ai pu aller dans quasiment tous les services du CHU : les urgences, les soins intensifs, la médecine spécialisée, la gériatrie et la pédiatrie. Un peu partout. Ensuite, j'ai travaillé en hémodialyse pendant 7 ans avant d'intégrer la médecine interne où j'exerce depuis 5 ans maintenant.

ESI : D'accord, est-ce que ducoup pendant ton travail, est-ce que-il t'est déjà arrivé de prendre en soin un patient avec qui tu avais tissé un lien fort ou peut-être qui faisait écho à ta situation personnelle et si oui est-ce que tu peux me présenter une situation d'un patient qui t'a marqué ?

IDE A : Oui bien-sûr ... Alors déjà, les émotions sont au cœur de notre métier et rythment nos journées. Il peut y avoir de la joie mais aussi de la tristesse, de la colère, et du rire. L'exemple de l'hémodialyse par exemple, c'est des patients chroniques qu'on va suivre 3 fois par semaines. Donc à des patients que j'ai vus 3 fois par semaine pendant 7 ans. Donc forcément on était là pour les naissances des petits enfants, pour les anniversaires de mariage, pour tous ces moments importants de la vie des patients avec qui, ils nous montraient les photos et nous partageaient etc... On faisait partie un peu de leur vie. Et dans cet accompagnement de patients chroniques, oui on va on va former des liens avec ces patients particuliers. J'ai moins vécu ça par exemple, quand j'étais dans le service de remplacement parce que je changeais de service tous les jours, j'avais pas suivi donc j'ai j'ai j'ai rarement pu m'attacher à un patient ou quand c'était quelques heures ou voilà, mais comme je ne les voyaient pas le lendemain, la plus du temps il n'y avait pas d'attache particulière contrairement au

service de de patients chroniques où on accompagne tout au long du parcours de soins, tout au long de la vie même.

ESI : Ok, et est-ce que face à cette situation, est-ce que t'as pu te sentir en difficulté et si oui comment est-ce que tu as fait pour réagir et quels moyens est-ce que tu as mis en place pour te protéger de tes propres émotions ?.

IDE A : La question est un peu orientée, je ne pense pas qu'il faille se protéger de nos émotions. On a des émotions, en effet quand on va accompagner nos patients, par exemple je me souviens d'un patient pour lequel j'avais commis une erreur. En dialyse, il faut, les reins ne fonctionnent pas donc l'eau qui est qui est bu n'est pas éliminée, donc elle s'accumule dans le corps et il y a un risque notamment d'OAP. Et donc, le but de l'hémodialyse, c'est d'enlever l'eau qui est en trop. Et moi, j'avais commis une erreur, je n'avais pas enlevé l'eau en trop pour ce patient. Un patient qui n'avait pas de jambes, faut-il le préciser, et que et qui à la fin de sa séance de dialyse avait plus d'eau au départ qu'à l'arrivée. Il y a un risque majeur vraiment très très important d'OAP chez ce patient, donc j'étais très touché parce que mon erreur allait peut-être coûter la vie de ce patient. Le patient me connaissait très bien par ailleurs, et enfin on se connaissait voilà et il me dit écoute : ne t'inquiète pas, de toute façon c'est l'anniversaire de mon petit-fils ce week-end, on va faire la fête, et on se revoit mardi. Moi je me décompose encore plus parce qu'il avait déjà beaucoup beaucoup trop d'eau dans le corps et il me dit qu'il va refaire la fête. C'était un très bon vivant, il se privait de pas grand-chose et d'où son état de santé précaire, et il me dit bien non non, moi je vais faire la fête, on va profiter, on va boire. Et c'est et moi j'étais complètement effondrée à l'idée de me dire je vais je enfin voilà, mon erreur va avoir des conséquences très très graves pour ce patient-là, comment est-ce que je vais récupérer ça, comment est-ce que je vais lui dire que ce serait bien que vous restiez hospitalisé une nuit en surveillance pour avoir une séance d'hémodialyse le samedi matin, pour pouvoir profiter du week-end. Essayer d'organiser ça, donc voir avec les, avec les médecins, avec les collègues pour trouver une place d'hospitalisation pour trouver, et le patient qui refuse. Il dit non non, moi je préfère rentrer chez moi, je n'ai pas envie d'être à l'hôpital. Mais monsieur, là ça va être un peu compliqué et d'essayer de négocier négocier négocier et en fait de ne pas, d'aller un petit peu contre l'avis du patient à ce moment-là, parce que de pas recueillir son consentement, de pas parce qu'on est, en effet on est pris dans notre émotion de vouloir bien faire pour le patient, de vouloir ce qui est mieux pour lui, de vouloir prendre soin de lui. Quand on est proche, il y a cette volonté-là de parce que le patient est vulnérable, parce qu'il atteint de, parce qu'il est malade et qu'on veut se donner au mieux de ce qu'on peut proposer pour lui. Allant jusqu'à là en l'occurrence, c'était le non-respect de sa volonté de lui il dit : bien j'entends qu'il y a une erreur, en même temps ça fait 10 ans que j'aurais dû mourir, moi ça fait 10 ans que je suis en vie, maintenant ma philosophie de vie à moi, c'est de profiter de chaque instant, même si c'est risqué, même si c'est compliqué, de toute façon moi je suis un patient en sursis, donc je profite de chaque instant et en effet j'ai un risque d'OAP ce week-end, mais je cours le risque, pour moi c'est comme ça

que je voie ma vie. Et à ce moment-là, moi je n'étais pas en mesure d'entendre ça de la part du patient. Je n'étais pas en capacité de me dire : Ah là là, et bien qu'il profite de chaque instant de sa vie, oui enfin profiter de chaque instant de sa vie, en même temps-là c'est, c'est courir le risque de mourir quoi. Il risquait de mourir ce week-end là ce patient. Donc, il y a avoir de la distance, je ne pense pas qu'il faudrait y avoir de la distance vis-à-vis des patients. Je ne pense pas que ça situe à ce niveau-là, mais je pense que dans nos émotions qu'on ressent, l'envie de vouloir bien faire, il ne faut pas oublier qu'il y a d'autres émotions telles que le respect qu'on a envers le patient. Le respect, c'est le respect de l'autonomie du patient, respecter sa capacité à prendre lui-même ses décisions, respecter son intelligence, respecter sa conscience et à ce moment-là, moi je n'ai peut-être pas été en mesure d'avoir du de de faire preuve de respect vis-à-vis de mon patient, de pas respecter sa volonté. Je voulais tellement bien faire, le sauver, je n'ai rien sauver, c'est mon erreur qui était responsable de son mauvais état de santé. Et bien, à ce moment-là j'étais pas capable de de faire preuve de de de respect vis-à-vis de son autonomie et de sa décision de santé, donc je pense qu'au lieu de de prendre de la distance, il faut au contraire essayer de se dire mais, mes émotions enfin OK elles sont là, mais en quoi est-ce que ça peut être délétère pour le patient, ou en quoi ça favorise pas le consentement aux soins, ou ça peut nuire à la relation etc... , essayer au lieu de de prendre de la distance, au contraire je pense qu'il faut essayer de les analyser toutes nos émotions, pour pouvoir les accepter et pour pouvoir prendre des décisions plus justes et adaptées au contexte de soins.

ESI : Ok merci, est-ce que du coup ce type de prise en soin tu la trouves plutôt bénéfique ou plutôt déficitaire par rapport à tes valeurs soignantes ?

IDE A : Alors les émotions sont bénéfiques. On ne peut pas vivre sans émotion, et de toutes façons elles sont là, je veux dire on peut pas, on n'est pas des robots quoi, donc c'est pas être bénéfique ou être néfaste ou quoi que ce soit, ce sont elles sont là et donc il faut être capable de les accepter, déjà de les identifier, de savoir qu'est-ce que je ressens, pourquoi ce que je le ressens, être capable de les identifier et d'être capable aussi de de réfléchir là-dessus, de dire mais en quoi c'est bénéfique pour mon patient, ou ça peut être délétère pour lui. Je pense qu'au contraire, toutes nos émotions, il faut savoir les accepter et dire en effet des fois on est face à certains patients. Il y a certains patients, tu vois, qui vont me dégoûter, ils vont être racistes, misogynes, salaces, vulgaires, vraiment ta pas envie de les soigner quoi. Il y a des patients, j'ai pas envie de les écouter et je sais que j'ai, je fais pas preuve du tout d'empathie vis-à-vis d'eux quoi. J'ai du mal à faire preuve de respect même vis-à-vis d'eux, j'ai il me dégoûte, bon bien voilà c'est c'est c'est comme ça et en même temps le fait de de de me rendre compte de ça, de me dire mais pourquoi est-ce que j'ai pas du tout envie d'aller voir ce patient, parce que j'ai pas envie d'écouter ces blagues racistes par exemple ou ces blagues ravaleuses, j'ai pas envie de ça, et en même temps bien, je peux comprendre que le patient pour lui c'est une, c'est une manière d'entrer en communication, ça répond à un besoin de communication, un besoin de présence donc à moi c'est à moi de trouver du coup une manière de réfléchir alors, comment est-ce que je peux aller vers ce patient

qui a besoin de moi quand même, qui est en situation de vulnérabilité, comment je peux réussir à prendre soin de lui malgré mes émotions qui peuvent être négatives et essayer de trouver du coup d'autres émotions. Je vais quand même essayer de faire preuve de respect vis-à-vis de lui, essayer de comprendre son histoire malgré tout et dans ce cas, je vais fixer des limites aussi avec lui : écoutez je comprends, vous avez besoin de présence et cetera, mais moi ce type d'humour et bien ça ne me correspond pas, ça me met mal à l'aise, je n'accepte pas ça, donc est-ce qu'on peut parler d'autre chose, de votre passion pour les motos, juste un sujet plus neutre voilà et d'essayer de réfléchir avec le patient, quelle limite et quel cadre on peut poser à la situation. En fait, je pense que ces émotions-là, il faut essayer de les comprendre, d'analyser puis de surtout de les accepter et c'est très très bénéfique parce que c'est aussi ce qui nous permet de réagir face aux situations, face à une situation : Oh elle est tout le temps en colère, elle râle tout le temps, mais face à une situation qui est injuste ou qui n'est pas acceptable, et bien c'est normal d'être en colère, c'est normal de ne pas accepter ce qui n'est pas acceptable. Donc, on a le droit d'être en colère, on a le droit d'être triste voilà, on a le droit de toutes ces émotions qu'on dit oui, mais ces émotions sont assez négatives. Oui c'est des émotions négatives, mais elles nous permettent par exemple la peur, le fait des stress etcetera ça nous permet aussi face à une situation qu'on ne connaît pas, et bien d'être vigilant, de faire preuve d'adaptation à un certain contexte, aller faire des recherches, à être attentive à tel ou tel signal, ou donc en fait, oui c'est une situation de stress, peut-être de peur ou d'angoisse et en même temps ça c'est ce qui est aussi va me permettre de d'être attentive et de m'adapter au contexte. Donc, il faut dire pourquoi j'ai peur ? Bien oui j'ai raison d'avoir peur de l'administration de ce nouveau médicament que je connais pas parce que les risques secondaires sont conséquents et alors, c'est pas parce que j'ai peur que ça ne vas pas arriver, mais au moins quand ça arrive là : Bon et bien en effet, je sais que ça allait arriver, bon et bien maintenant je fais quoi, on va appeler les collègues, on va appeler le médecin, on va on va alerter et au final même si à la fin de la journée on a l'impression de ne pas avoir su gérer la situation, se dire : oh là là, j'aurais dû faire cela, de faire ça machin. Je me dis, et bien ce n'est pas grave, peut-être qu'on l'a pas géré parfaitement pour une première fois, mais du coup comme on a eu ce petit stress là, il y a plein d'informations qui ont été quand même malgré tout enregistrées et quand on refait l'analyse à froid quelques temps après, on se dit : Ah oui j'aurais pu faire ça ça ça et puis quand ça se représente en faites, on c'est peut-être gérer les situations plus calmement ou plutôt donner cette impression, c'est souvent ça. On donne l'impression d'être calme, on donne l'impression d'être sereine, on donne l'impression d'être posé etcetera, alors qu'à l'intérieur c'est un peu le feu. On essaye d'être rassurant pour le patient, alors qu'un multi métastaté avec insuffisance rénale et hépatique, le pauvre il ne vas pas s'en sortir quoi. Un grand cœur tout malade en plus de sa grande insuffisance cardiaque, il ne pourra pas supporter la chimio enfin, c'est très très très très mal barré. En même temps, d'être là face aux patients et la famille, et bien oui en effet on va vous soigner, il y a des choses qui vont pouvoir être mises en place, qu'on voit ce que vous sentez, que vous êtes confortable, on pourra organiser le retour à domicile. Être dans des choses qui sont quand même malgré tout très positives avec le patient.



ESI : Ok, tu me parlais tout de suite par rapport à des patients qui peuvent avoir des blagues racistes que tu n'apprécies pas trop, est-ce que tu as d'autres limites qu'il ne faut pas dépasser lors d'une prise en soin, que tu n'acceptes pas ?

IDE A : C'est le harcèlement, c'est le harcèlement, situation de harcèlement que ce soit moral des patients qui vont appeler toutes les 30 secondes parce que ils ont besoin mais pour des faux prétexte ça ça voilà, les situations de harcèlement sexuel aussi de la part du patient donc ça arrive. En plus, ce sont des situations qui ne sont pas acceptables, voilà mes grosses limites.

ESI : Est-ce que tu penses qu'il existe une juste distance professionnelle ou elle s'adapte plutôt en fonction du patient, de nous en tant qu'infirmière ?

IDE A : La distance professionnelle, je ne sais pas trop ce que ça veut dire. On est proche de nos patients, oui on est proche de nos patients, de dire qu'il faut de la distance, c'est j'ai du mal à entendre ça dans le sens où je me sent pas distante vis-à-vis de mes patients, je me sens proche, alors sans vivre ce qu'il vit mais là je suis attentive à ce qui vit, je suis soucieuse de ce qui leur arrive, de leur état de santé, de leur souffrance, de leur mal, de de leur douleur. Le transfert est inévitable des fois avec notre vie personnelle. Je suis empathique. J'ai mon attention qui est portée là-dessus en tant que soignante et j'ai cette volonté de de soulager et d'apaiser au mieux de mes capacités et puis la capacité de l'équipe du service. Dans ces cas-là, j'ai pas à être distante vis-à-vis de mes patients, on n'a pas à être distant vis-à-vis de nos patients. Moi, je pense qu'on peut être proche d'eux, on peut être proche des patients. En effet, il y a certaines situations qui vont nous qui vont nous blesser parce qu'elles sont, quand on vit des situations qui sont injustes par exemple pour un patient ou on vit des états de, des états de choc avec des patients et des morts brutales, des urgences voilà, avec des arrêts qu'on n'arrive pas à récupérer, des des fins de vie brutales, les fins de vie douloureuses, on voit les patients très très agitées, qui sont pas soulagées. Et il y a des situations qui sont répétées aussi, il faut voir ça dans le temps, c'est pas forcément, c'est pas forcément avec un patient que ça va être dur, mais c'est le fait d'en avoir 10, c'est le fait que ce soit répété tout au long de l'année, c'est le fait on n'est pas des sprinter à l'hôpital, on est des marathoniens et en fait, c'est ça aussi qui est qui est parfois, qui est qui est complexe à à gérer, parce que l'on se dit oui, mais on a une situation qui nous a touché, mais au final comme on a 9 autres patients à côté après dont on doit prendre soin, les choses font que bon on va se remettre et on va continuer, ça va avancer mais en fait, il y a des choses qui vont toucher avec un patient, puis avec un autre, puis des situations qui vont être répétées dans le temps, c'est ça aussi qui vous qu'il faut analyser et se dire : comment est-ce que je fais pour que cette situation-là elle soit au final, elle soit acceptée et puis je puisse rebondir après quoi, et pas une seule fois, il faut que ce soit comme on dit 10 fois, 20 fois et sur X années. L'important c'est justement je pense d'accueillir tout ce qui nous arrive et de trouver des ressources à côté pour se dire, l'équipe, les collègues, l'équipe c'est

hyper important d'avoir des groupes de parole, les temps de transmission par exemple, on sait que c'est les temps de transmission de dire aux transmissions ciblées : on doit avoir le motif d'hospitalisation, les problèmes du jour. Les temps de transmission c'est 20- 30 minutes. Nous, nos temps de transmission ne durent jamais 20 min, ça dure une demi-heure, 40 min et pourquoi est-ce que ça dure aussi longtemps ? parce qu'on ne parle pas que de nos patients, on parle de nous pendant nos temps de transmission, on parle de nous de ce qu'on a fait, de ce qu'on a ressenti, il m'a énervé, il arrête pas de sonner, il a il a fait ci, il a fait ça, ah tu te rends compte comment ça se passe avec sa famille, voilà qu'est ce que c'est dur, le médecin il a même pas réagi, je les appelé 3 fois. Toutes nos émotions débordent aussi à ce moment-là et on cherche quoi ? On cherche un groupe de parole, on cherche à vider un petit peu tout ce qui s'est passé, à mettre de la distance là avant de rentrer chez soi. Le fait de verbaliser, le fait de lui dire, ça nous permet aussi d'analyser ce qui se passe, ça permet de comprendre et ça c'est hyper important de dire que nos émotions elles sont brutes et parfois elles se, ce changement là de de perception, ce changement d'état de physique, psychologique etcetera, on a du mal à le comprendre des fois pourquoi est-ce qu'on est triste, pourquoi est-ce que l'on est fatigué, pourquoi on est stressé. Et bien toute cette verbalisation là qu'on a pendant les staffs, pendant les temps de transmission, ils sont hyper importants parce qu'ils vont nous permettre d'analyser ce qui se passe, de prendre conscience si on a été un peu excessif ou pas. Le médecin en effet, il a pris il a pris beaucoup de temps pour prendre sa décision mais en même temps, la situation est tellement compliquée qu'on peut comprendre que ce soit pas simple et que en 5 min, il n'est pas décidé. Oui alors, j'ai été faire mon bilan, il m'avait prescrit 3 tubes, je ressorts de la chambre du patient, en fait là je me rends compte qu'il m'en fallait 7 parce qu'il m'a rajouté des anticorps, les les sérologies, les ceci, les cela, il ne pouvait pas tout me dire avant de piquer, il faut que j'y retourne, ça m'arrange pas du tout mais le temps de la pratique, le temps de l'action, c'est pas du tout le même que le temps de la décision. Donc des fois il y a des décalages que l'on a du mal à comprendre, par exemple dans une décision, le fait de lui verbaliser, et hop on prend conscience d'avoir différents points de vue. C'est ça, de retrouver des ressources, ça légitime les émotions, c'est-à-dire que quand il y a des situations qui sont tristes, d'avoir la collègue qui dit : oui oui ça doit être dur, ça doit être dur de ce que t'as vécu, ça légitime notre émotion. En effet, c'est dur mais c'est normal que ce que je ressens, parce que la situation est dure voilà et comment est-ce que l'on rebondit derrière?, car on vit tous des situations qui sont très dures et en même temps, ça ne nous empêche pas de travailler, ça nous empêche pas de prendre plaisir dans ce qu'on fait et de continuer, de vouloir revenir le lendemain.

ESI : Si je comprends bien, ce que tu disais c'est que la gestion des émotions elle n'est pas innée en fait, il va falloir vivre plusieurs situations pour après savoir comment est-ce que nous on les gère, comment en parler, c'est ça ce n'est pas en tant que jeune infirmière tout de suite que l'on on va savoir nos force ?

IDE A : Chaque situation est singulière, chaque rencontre avec le patient est singulier, avec ses proches etcetera, et il y a des jeunes infirmières qui vont très bien gérer toutes les émotions, puis pareil des infirmières très expérimentées qui vont quand même se laisser emporter, enfin moi aussi ça m'est arrivé de pleurer avec mes patients, ça m'est arrivé d'être en colère avec certaines situations, alors que peut-être que en tant que jeune diplômé j'aurais eu plus de, je l'aurais peut-être caché davantage. Mais je pense que l'expérience aide à trouver ses propres limites.

ESI : Oui, pas trop le montrer à l'équipe comme on ne connaît pas trop.

IDE A : Alors que maintenant je n'ai pas de scrupules à pleurer, j'ai pas de scrupules à rigoler, j'ai pas de scrupule à dire que je suis fatigué. En fait maintenant, j'arrive beaucoup mieux à m'accepter comme je suis. J'ai peut-être moins de soucis parce que quand j'ai commencé par mes débuts en psychiatrie ou là, c'est très la psychiatrie, c'est particulier, ce qu'on on parle beaucoup, il y a beaucoup beaucoup de groupes de paroles, de machins, on a beaucoup d'analyses réflexives et cetera, mais quand je suis arrivée au CHU, tous ce côté bienveillant de parler parler parler et bien ça existait plus quoi. Et puis il n'y avait plus d'équipe, j'étais dans le service de remplacement. J'étais remplaçante, donc je n'avais pas d'équipe. Il y avait une situation très dure qui m'était arrivée un jour, alors autant ça pouvait nécessiter un staff et réunion d'équipe machin dans le service, mais moi j'étais jamais invité, enfin parce que j'étais dans un autre service, en fait j'avais aucun suivi. Dans le Poul tu es toute seule, tu n'as pas de suivi, t'as rien donc t'es donc les situations tu vas en parler avec qui ?

ESI : Tu n'as personne sur qui tu peux t'appuyer.

IDE A : A part si tu as des amis infirmières, mais elles ont pas vécu ce que t'as vécu, donc au final t'en parles pas quoi.

ESI : Tu gardes ça pour toi et puis tu continues et tu reviens le lendemain.

IDE A : Sauf que ce n'est pas vraiment ce qu'il faut faire. Tandis que là tu vois, la situation est différente, là je suis dans une équipe, donc je sais que si il y a des choses qui sont trop dures pour moi, je vais pouvoir en parler et je sais aussi que l'équipe est bienveillante, et donc je ne vais pas avoir de scrupules à montrer, enfin c'est pas des moments de faiblesse, mais c'est c'est pas ce qu'il faut entendre aussi que c'est que quand c'est dur pour toi, il y a des situations qui sont complexes, que tu te sens touchée. Cela ne veut pas dire être faible de pleurer, c'est pas être faible d'être fatigué, c'est pas être faible des fois d'être un peu cassé par son métier, c'est juste être humain, c'est juste être soignant. Ça arrive d'accord, c'est passer et on trouve des ressources, on comprend ce qui se passe et on trouve, il y a des gens qui sont là pour les écouter, il y a des gens qui sont là pour nous aider, qui sont là pour nous porter à certains moments et c'est ça l'équipe aussi, donc d'avoir des amis pas forcément. Alors,

on ne s'entend pas forcément tout le temps avec l'équipe, mais d'avoir des gens aussi à l'extérieur du travail sur qui tu vas pouvoir t'appuyer, sur qui tu vas pouvoir compter. Des des gens aussi dans l'équipe, des membres de l'équipe sur qui tu vas pouvoir te reposer un petit peu à certains moments, parce que à un moment c'est pour toi ça va être trop lourd à porter certaines choses, donc tu vas pouvoir t'appuyer sur eux puis à contrario, une fois que tu seras tu te seras déchargé que t'auras dit : en effet c'était bien, mais bon mais voilà j'ai compris ce qui se passait, je vais pouvoir rebondir et après ça va au final, je suis plutôt contente. Et bien, c'est aussi d'être là pour les autres vice versa et et au final c'est c'est c'est comme ça que ça marche une équipe, être là les uns pour les autres, donc si il faut être capable de l'entendre ça, il faut être capable aussi quand t'as des collègues qui te disent : Oh j'en ai marre, je je j'y arrive pas, ne pas dire et bien dis donc qu'est-ce qu'elle est nulle, moi je suis allée, j'ai réussi ma prise de sang du premier coup, elle, elle s'y est reprise à 3 fois ou ça peut disons, le patient quand on rentre dans une chambre, le patient il arrête pas de critiquer ta collègue, se dire et bien dis donc ma collègue est vraiment nul etc.... ou quoi que ce soit. C'est aussi de se dire, et bien ma collègue à ce moment-là peut-être qu'elle était stressée, peut-être qu'elle était énervée, elle était pas en mesure elle d'écouter le patient comme lui aurait voulu être écoutée, de ne pas être dans le jugement : elle a réussi, elle a raté sa prise de sang parce qu'en effet elle savait qu'elle avait 6 autres prises de sang derrière et elle était stressée, je vais pas avoir le temps, je vais pas réussir et cetera, donc forcément la charge mentale fait que t'es pas forcément présent à l'instant dans le soin, et que tu rates ton soin et que toi tu es détacher un petit peu de tout ça quand t'arrives après coup. Et du coup tu as moins de stress et tu y arrives du premier coup. Il faut être bienveillant vis-à-vis de soi, et il faut être bienveillant aussi vis-à-vis de ses collègues, de pas être dans le jugement, il ne faut pas les dénigrer et que si c'est dur pour elle, au lieu de de les enfoncer et dire : elle a pas fait ci, elle a pas fais ça, mais plutôt essayer de comprendre ce que eux vivent, ce que des collègues vivent aussi, qui peuvent être difficiles et d'accompagner ça aussi, d'accord être bienveillant aussi avec tes collègues, c'est très important. Que de te dire, et bien dis donc elle a pas fais sa surveillance dans les temps, essayer de comprendre que ça a peut être été difficile pour elle et de faire preuve de bienveillance. De bienveillance envers les patients, et l'équipe. Voilà, non mais c'est important pour toi déjà d'être bienveillant envers toi, d'être bienveillant pour les patients, pour les proches, pour tes collègues aussi c'est important.

ESI : Et est-ce que vous avez des formations de proposées autour des émotions des soignants par le CHU ?

IDE A : Peut-être, mais je n'en ai pas bénéficié. Mais en tout cas je serais bien intéressé car c'est un sujet qui nous concerne tous.

ESI : Après en tout cas c'est pas vraiment exposé ni dans les salles de pause exemple ?

IDE A : Sur les formations ?

ESI : Oui, le cadre n'en parle pas trop.

IDE A : Alors oui et non. Les émotions en elles-mêmes on en parle quand même. Quand elles ne sont pas gérées, d'ailleurs quand elles s'accumulent un peu, ça fait un peu cocotte minute. Quand dans le service, il y a des moments de tension : pour une c'est un peu dure, pour une deuxième c'est un peu dure, pour une troisième, une quatrième. Au final quand c'est un petit peu dure pour tout le monde ça monte et le cadre s'en rend très bien compte. C'est explosif, c'est l'histoire de planning, c'est une histoire de remplacement, c'est une histoire de ceci de cela. Et quelque chose qui aurait pu être géré facilement avant, va vous monter en épingle. Dans ce cas là forcément, on va discuter, on va parler et quand ça pète ça va péter à un moment ou un autre quoi dans l'équipe. Est-ce qu'il faut attendre que ça casse pour parler ? pas sûr, pas toujours. Mais il y a un moment je pense que dans tous les cas de toute façon ça va sortir, et c'est pour ça tu vois les temps de pause, les temps de transmission sont hyper importants parce que c'est aussi des mondes soupapes. On en parle nos émotions, on en parle de ce qui nous fait rire, on en parle de ce qui nous met en joie, de nos peurs : Oh là là, il a tel traitement, telle pousse seringue, je ne connais pas. Mais aussi, est ce que t'as fait la commande. On parle du patient pour qui on a de la compassion, pour qui on fait le respect : non mais tu te rends compte, il a 20 ans, on vient de diagnostiquer un lymphome. Enfin, l'inquiétude qu'on peut avoir pour tel ou tel patient. Tout ça on en parle en fait, alors on n'a pas forcément plus de formation ou de choses comme ça, mais ces temps de pause, ces temps de rencontre informels . Quand on arrive dans le service, quand on repart, tous ces temps-là en fait d'échanges sont très très importants. On se dit : les infirmières, elles sont en pause café, elles y passent une demi-heure. Alors oui on va parler du dernier film qu'on a vu, de la dernière série de Netflix ou des vacances de nos enfants, regarde comme ils sont mignons, de nos chiens et cetera. Alors oui on va parler de tout ça et on va aussi parler à travers ça, on parle aussi de d'autres choses, de toute autre chose et c'est pour ça que ces temps-là des pauses en commun en groupe, ils sont hyper importants et c'est pas juste prendre un café, se poser, c'est c'est pas juste parce qu'on est des grosses feignasses quoi. Mais c'est aussi un temps où on va décharger, on va parler, on va échanger et tous ces temps-là en fait ils sont : pourquoi est-ce qu'on est si attaché à notre pause café ? c'est aussi pour ça quoi, échanger ça fait une coupure dans la matinée ou l'après-midi pour bien recontinuer après si on a eu des interrogations, et c'est aussi pour ça que c'est hyper important ces temps-là, de prendre ce temps même si en effet on a plein des fois, on a plein de boulot et j'ai pas le temps, j'ai pas le temps souvent quand t'es jeune diplômé d'ailleurs, tu prends pas de pause, je suis à fond dans mon travail et cetera et puis on s'en fout, t'es à fond dans ton travail mais c'est parce que tu prends 5 min à boire ton café, que ça va te mettre dans le jus, il ne faut pas exagérer. Ça libère ta charge mentale. En effet, après t'es toujours dans le jus, mais ça te permet de re-visualiser, d'échanger sur telle ou telle patient. Donc toi même quand tu seras jeune diplômé, de prendre 5 min avec tes collègues c'est important, c'est important c'est temps de pause, c'est pas juste pour boire du café ok.

ESI : Durant cet entretien tu m'as déjà donné plein de conseils pour quand je vais commencer d'ici le mois de juillet, est-ce que t'en as d'autres à me donner des conseils pour une future infirmière : t'as parlé de bienveillance, les temps de pause qui sont importants, permettent d'échanger.

IDE A : Tu vois quand t'es en contact avec tes patients, t'as du respect, de la compassion, la peur tu peux voir aussi. Il y a des émotions que tu vas ressentir oui et aussi des émotions que tu ne vas pas ressentir. Il y a certains patients instinctivement tu vas pas leur montrer, tu vas pas faire preuve de respect vis-à-vis d'eux ou tu vas pas forcément faire preuve d'empathie ou de compassion .

Ça ne vas pas être spontanément, tu vas devoir chercher au fond de toi certaines capacité à. Et dis toi que cette absence d'émotion. Et au final de ne pas avoir d'émotion, c'est pas forcément une bonne chose d'accord de se dire : Ah là je fais peut-être pas preuve vraiment suffisamment d'empathie, ou je fais peut-être pas preuve de suffisamment de respect, de même quand on a les meilleurs sentiments du monde. C'est l'exemple du patient dialysé, c'est que je voulais vraiment bien faire pour lui et en faisant bien les choses, j'ai pas respecté son autonomie d'accord. Donc attention à l'absence d'émotion et des fois il y a des émotions qui vont être contradictoires, on veut à la fois faire le bien du patient et à la fois respecter son autonomie sachant que des fois respecter son autonomie, c'est le mettre en danger de mort et comment est-ce que au milieu de tout ça, avec toutes ces émotions qu'on a là, comment est-ce qu'on prend la bonne décision ? Des fois tu vas avoir des émotions contradictoires et comment tu prends tes décisions au milieu de tout ça. Donc ça reste encore des champs de perspectives extrêmement complexes.

ESI : C'est vrai que j'avais pas pensé à ces situations. Il faut choisir et quelle décision prendre, comment prendre ces décisions et c'est là que l'équipe pluridisciplinaire intervient. Est-ce que t'as quelque chose d'autre à ajouter ?

IDE A : Non c'est bon.

ESI : Merci beaucoup en tout cas pour les échanges qu'on a pu avoir et de ta disponibilité.

IDE A : De rien.

### Annexe III : Entretien IDE B

ESI : Alors Bonjour je me présente je suis Rosalie Savé étudiante infirmière en 3e année à l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche j'ai quelques questions à te poser concernant l'impact des émotions sur la juste distance et la relation soignant soignée. Cet entretien aura une durée de 20 à 40 minutes. Es-tu d'accord pour que j'enregistre cet entretien en sachant que toutes les données personnelles seront anonymisées et détruites par la suite ?

IDE B : Il n'y a pas de souci.

ESI : OK alors pour commencer, est ce que tu peux te présenter : ton parcours professionnel et ton expérience en tant qu'infirmière ?

IDE B : Alors moi, je suis toute jeune diplômée. J'ai 3 ans de diplôme, j'ai fait mes études à Rennes au CHU et j'ai travaillé en commençant à l'Umip en médecine interne, j'ai été un petit peu en urologie en chirurgie et puis je suis revenue à l'Umip. Et puis là j'y suis un petit moment, depuis 2 ans.

ESI : Ok ça marche, est-ce que du coup durant ton parcours ou même tes stages, est-ce qu'il t'est déjà arrivé de prendre en soin un patient avec qui tu avais tissé un lien fort ou peut-être qu'il faisait écho à ta situation personnelle ? et si oui, est-ce que tu peux me présenter une situation que t'as pu vivre ?

IDE B : Alors ça m'arrive très souvent, vraiment très très souvent, c'est inévitable dans notre métier et on doit apprendre à travailler et prendre en soins des patients avec. C'est encore compliqué pour moi dans certaines situations de savoir les gérer. J'ai plein de situations, j'y réfléchis et bien je peux te parler d'une. C'est un monsieur, je me rappelle plus pourquoi il venait mais je le prenais en soin et en fait il avait pleuré tout ça, je l'avais réconforté. Et à son départ tu vois, il voulait absolument mon contact, mon numéro de téléphone, mon adresse. J'avais beau dire non dire non dire non, il était insistant et il m'a laissé ses coordonnées en me disant tiens, mais ça dans ta poche tout ça. Moi j'étais très gênée parce en même temps ce patient-là, oui j'en étais très proche, on avait tissé des liens mais il fallait que ça s'arrête à l'hôpital quoi, sauf qu'il m'a dit, moi je veux vous faire parvenir un cadeau vu qu'il savait que je me mariais tu vois, et quand je suis revenue de mon mariage et bien en fait j'avais une petite enveloppe ici à l'UMIP à mon nom tu vois, et en mettant voilà qui savait que je m'étais marié tout ça, en me remettant ses coordonnées. Et là tu vois c'était c'est dur parce que c'est hyper gentil, donc t'as envie de forcément, t'as envie de répondre parce que tu peux pas laisser quelqu'un sans fin, quelqu'un qui t'estime comme ça et qui t'envoie des petits mots, ne pas le remercier alors qu'il a pensé à toi tu vois, il était sorti depuis bien 5 mois, il avait écrit dans son agenda la date de mon mariage enfin tu vois, alors que moi j'en discutais juste comme ça pour détendre l'atmosphère sans faire exprès. Et du coup, tu vois j'étais bien embêtée quand il a fallu lui répondre du coup parce que je ne me voyais pas ne pas donner suite donc voilà j'ai répondu, là pour l'instant je n'ai pas eu de réponse mais franchement tu vois c'est compliqué comme situation. Donc là c'est peut-être le la juste distance

que j'ai peut être franchie sans m'en rendre compte tu vois, mais ça m'arrive tout le temps. Là on avait une petite jeune anorexique, c'était pareil, elle a l'âge d'être ma petite sœur enfin c'est pareil c'est hyper dur de dire non je m'arrête, je suis infirmière et je vais pas plus loin même si t'as envie de les aider, t'as envie qui puisse entre guillemets compter sur toi tu vois.

ESI : Et par rapport à ce patient que tu me disais, il avait quel âge à peu près ?

IDE B : Il avait 86 ans je crois bien ouais.

ESI : Ah oui en fait à n'importe quel âge, comme la, la jeune anorexique et un patient de 86 ans.

IDE B : Tu sais, je pense que quand tu leur apportes un petit quelque chose dont ils avaient besoin à ce moment-là, et bien pour eux t'es la personne qui leur a apporté ça, et du coup tu tisses des liens particuliers et je peux pas expliquer, mais ça se fait naturellement. Après on peut pas contrôler, mais ça m'arrive très très souvent, c'est peut être moi après qui n'arrive pas. On est tout le temps confronté aux émotions.

ESI : Après il y a plein d'autres infirmiers qui sont dans ton cas, du fait de notre métier aussi. Et est-ce que face à cette situation, est-ce que tu t'es senti des fois en difficulté ? Et si oui comment est-ce que tu as réagi et quels moyens utiliser t'a permis de te protéger de tes propres émotions ?

IDE B : Est-ce que j'ai vraiment un moyen parce que comme ça m'arrive encore tu vois, ça m'arrive souvent après je pense qu'il faut que les patients soit en mesure aussi d'entendre que il y a un moment où il y a un stade à ne pas dépasser, et après moi tu vois, moi dans la situation là j'avais été voir la cadre et je lui avais dit : je suis complètement embêtée, je sais pas du tout quoi faire, le monsieur il tient à m'envoyer quelque chose, ça lui tient à cœur et en fait, elle m'avait dit de faire livrer la chose ici, justement parce que moi j'avais pas le droit de donner mon adresse perso. Je pense qu'il y a plein d'outils, il y a même les collègues tu peux leur en parler et après je pense aussi ce qui est dur, c'est quand tu rentres chez toi et moi tout le temps je ramène des situations à la maison ou tu vois, où tu te dis « non » ça faudrait laisser au travail mais des fois c'est un peu plus fort que toi et c'est comme ça, mais après je pense que il y a beaucoup de personnes qui sont des ressources : la cadre, les collègues et puis même quand t'es à la maison t'as pas trop le droit de parler des situations mais t'as le droit de dire que là, la situation était un petit peu plus compliquée. Il y a plein de ressources, j'ai plein d'amis qui sont infirmières, mais ouais je pense qu'il faut réussir à saisir toutes ces petites personnes qui sont ressources pour toi.

ESI : Et est-ce que tu penses que c'est parce que t'es jeunes infirmières ou est-ce que ça sera plus facile après ?

IDE B : Je sais pas, après je pense aussi que ça dépend beaucoup de ta personnalité aussi. Moi je sais que je conçois pas mon travail sans apporter justement cette petite chose que je te disais, un peu de pep's pour les patients tu vois. C'est un moment hyper compliqué et toi quand t'es là dans le moment hyper compliqué, que tu leurs apporte un peu de baume au cœur comme on pourrait dire, et bien moi je



ne conçois pas mon métier sans créer de lien important avec les patients tu vois, je me vois pas juste venir et dire « Bonjour je viens vous faire ça et enfin voilà ». C'est je pense aussi que ça dépend de la personnalité. Il y a des gens ils sont très hop je suis là pour travailler, je me mets une carapace entre guillemets, et moi alors en l'occurrence, je suis pas du tout comme ça et du coup je sais pas si avec le temps, je me dirais stop je me forge ou alors si je resterai comme ça, mais en même pour l'instant je conçois pas les choses autrement.

ESI : Est-ce qu' après, c'est peut-être une question que t'as déjà répondu, mais est-ce que ce type de prise en soins est plutôt bénéfique ou plutôt déficitaire par rapport à tes propres valeurs soignantes ?

IDE B : Pour moi c'est plutôt bénéfique mais après des fois ça nous met quand même dans l'embarras, là peut-être que j'ai été un peu trop loin. Après je me dis en vrai, moi j'ai vraiment du mal à savoir quelle est le trop loin justement parce que pour moi les patients c'est dur, et à partir du moment où les patients ils sont ouverts à ce que tu sois là pour eux, à ce que t'apporte ce soutien, et bien je sais pas à quel moment faut se dire stop, là j'ai trop été là entre guillemets tu vois. Je trouve ça hyper, après je pense faut réussir aussi à prendre du recul et à se dire, voilà là c'était un patient et il y en aura plein d'autres. Mais il y en a avec qui il y a un petit peu plus et c'est comme ça.

ESI : Chaque situation est différente.

IDE B : Exactement.

ESI : On n'a pas la même relation avec la chambre 14 et la chambre 15.

IDE B : C'est clair, mais moi je pense que c'est bénéfique. Je pense vraiment que autant pour le patient que pour toi, je trouve que ça apporte quelque chose en plus à ton travail quoi, que de juste travailler.

ESI : De ne pas faire que ce qu'il y a d'écrit dans les prescriptions.

IDE B : Il y a pas que ça c'est sûr, il y a des chambres où t'es hyper contente d'aller tu vois et c'est toujours un plaisir et c'est réciproque et c'est ça qui finalement qui fait que je viens tous les jours tu vois.

ESI : Quelles sont pour toi les limites à ne pas dépasser lors d'une prise en soins ?

IDE B : Tu vois la limite du monsieur, je pense que ça a été ma limite. Je lui ai dit non monsieur, enfin je ne peux pas vous donner mes coordonnées personnelles parce qu'en fait je ne sais pas comment ça va être pris dans l'autre sens tu vois. Le monsieur il avait rien de malveillant si tu veux, mais je sais pas tu vois, là ça a été ou je me suis dit, la non normalement on reste dans le cadre et même si le monsieur était adorable et c'était pas l'envie qui me manquait de lui donner, j'ai su que là c'était le stade où il fallait dire stop. Je pense que quand ça rentre dans ta sphère un peu privée, bien c'est le moment où il faut peut-être nous dire stop quoi.

ESI : Même des situations de harcèlement, ça peut arriver.

IDE B : Mais c'est clair, c'est comme ça tu vois. Tu sais pas en fait, enfin moi je sais c'est pour ça que j'ai hésité longtemps à lui répondre à ce monsieur en disant, mine de rien si je lui réponds y a quand même une trace, il y a quand même mon adresse tu vois. Certes c'est postal et je me dis, je sais pas après, oui c'est vrai ça peut arriver et c'est pour ça je pense que tu te dis stop, que je vais pas plus loin quoi puisque tu te protèges aussi je pense. Tu protèges même ton foyer tu sais. Moi j'ai pas d'enfant ni rien, mais je me dis que des collègues qui auraient des enfants, tu sais pas une fois que t'as donné ton adresse, ce qui peut se passer après. Tu les connais pas plus que ça finalement. Je pense que c'est ça la limite ou quand ça sort de la sphère un peu professionnelle, justement ça vient dans ta sphère privée. Tu peux raconter des trucs privés aux patients, mais je pense qu'il faut pas que eux ils viennent s'immiscer dans ta vie privée.

ESI : Et cet exemple, quand t'as des attachements avec les patients ça peut être un patient que t'as vu seulement pendant 3 jours et tu peux t'attacher ou c'est plutôt sur le long terme, un patient chronique qui est là depuis plus d'un mois ?

IDE B : Là tu vois le monsieur je m'en occupais depuis 4 jours. Alors je sais pas, parce que je pense vraiment qu'il y a des gens, enfin il y a des liens qui peuvent se créer très vite et d'autres oui forcément. Tu vois la petite dame du 11, là typiquement elle est là depuis toujours et forcément t'es un peu attachée. Tu finis par l'appeler par son prénom, et je pense que oui les prises en charge sur le long cours, c'est un peu inévitable que tu t'attaches un petit peu, et que s'il se passait quelque chose de grave pour cette personne, et tu te dirais : Ah bien finalement, cette personne-là tu la connais un peu, elle est là depuis un moment. Après ça m'arrive aussi sur des plus courtes prises en charge, mais après c'est pas, c'est pas le même attachement tu vois, c'est plutôt un feeling que t'as avec certains patients, et certains patients tu le sens dès leur entrée, dès les premières minutes on va dire : « trop bien on a un bel échange », et du coup ça peut se créer vite, mais j'appellerais pas ça de l'attachement tu vois, c'est plutôt un lien que tu crées direct et du coup c'est cool parce que pour ta prise en charge, enfin moi je trouve ça trop bien quand t'as créé ça, parce que les patients sont bien plus ouverts à toi et moi je trouve ça bien.

ESI : Mais même nous en tant qu'étudiant on voit bien la différence avec certaines infirmiers/infirmières en fonction de leurs liens qu'ils ont, le patient ne va pas se comporter de la même manière, il ne va pas réagir de la même manière, il va plus se plaindre, moins se plaindre.

IDE B : C'est exactement ça, et tu sens dans le binôme, tu sens, tu vois quand toi tu vas entrer dans la chambre, le patient est différent. Puis quand tu vas rentrer avec ta collègue, il va encore être différent et moi c'est pour ça que je me dis : bien oui, peut-être que des fois je suis un peu trop, trop, comment dire, trop justement à écouter, à être dans la blague tu vois, voir comment ils réagissent. Mais en même temps, je me dis que finalement si les patients ça leur fait du bien et bien je continue si je peux apporter ça.

ESI : Est-ce que tu penses qu'une bonne infirmière signifie qu'elle ne perçoit pas d'émotions et arrive à rester professionnelle dans les diverses situations qu'elle peut rencontrer ?

IDE B : Alors je sais pas si je suis une bonne infirmière, j'ai pas l'impression d'en être une mauvaise non plus en créant ces liens là, et tu vois finalement quand les patients ils partent et qu'ils te remercient et qui là tu vois là, pas plus tard qu'hier. J'ai eu une patiente qui est rentrée, j'ai juste soulagé sa douleur et le mari est venu me voir en me disant merci pour votre gentillesse, votre bienveillance. Et la tu te dis, j'ai fait mon travail, alors je l'ai fait de peut être correctement et la patiente elle a été soulagée et je l'ai fait avec, je leur ai tout expliqué tout ça et le monsieur il est venu avec les larmes aux yeux en me disant, merci quoi. Et en fait je me dis, bien après tout moi, c'est tout ce que je veux enfin, pour moi on n'est pas une mauvaise infirmière si on laisse un petit peu ce côté humain, puisque nous sommes des humains, entrer dans notre travail. On travaille avec des gens, donc pour moi le contact est inévitable et si ça peut bien se passer, et bien pourquoi on mettrait des barrières. Mais t'en as d'autres qui pensent complètement différents je pense et c'est ça qui va être top dans ton mémoire, tu vas pouvoir voir les 2 visions je pense.

ESI : Oui, est-ce qu'il existe des formations autour de la notion des émotions des soignants ?

IDE B : Ah oui oui il y a il y en a. Il y a la gestion des émotions, il y a tout ce qui est gestion de la violence. Ça aussi c'est une toute autre émotion, quand un patient lève la main sur toi parce que toi, ça t'engendre plein d'émotions et c'est pas du tout les mêmes tu vois, et du coup c'est complètement autre chose. Il y a plein de petits outils qui sont dispos comme ça ou du coup ça te permet aussi de gérer, de voir si là t'as peut-être un peu mal agi, si là t'as peut-être un peu trop, tu t'es un peu trop laisser submerger par tes émotions tu vois. Et au moins t'échange et tu te rends compte que finalement, t'es pas la seule.

ESI : Mais c'est bien vrai de se rendre compte qu'on n'est pas tout seul.

IDE B : Mais carrément, ce que tu dis c'est que peut être que moi j'abuse quoi. Mais en fait pas du tout non.

ESI : Est-ce que t'as déjà participé du coup à ces formations ?

IDE B : Non non et non parce que toutes les formations, c'est un peu compliqué en tout cas au CHU. Moi j'aimerais une formation pansement que je réclame depuis que je suis diplômée que je n'ai jamais eu, et en fait pour tout dire, j'ai jamais eu de formation. J'ai juste eu la formation incendie qu'on a tous les ans et une formation pharmacie parce que j'étais référente en pharmacie et sinon les autres tels que émotions, j'avais les soins palliatifs qui étaient programmés mais a été annulé. C'est très très compliqué mais si j'avais, si on me l'a proposait au contraire, si je pouvais échanger là-dessus au contraire, peut-être aussi que ça ferait se rendre compte à des gens qu'on peut être dans l'émotion sans se laisser submerger par l'émotion justement avec les patients. Mais non je ne l'ai jamais faite.

ESI : C'est à toi d'aller chercher l'information ou c'est le cadre de santé des fois qui peut vous faire passer le message ?

IDE B : La cadre des fois en propose des formations et sinon t'as un entretien annuel ou tu dis ce que t'aimerais toi là, comment t'aimerais évolué tu vois. La formation en ce moment, je la demande depuis que je suis diplômée. Je pense qu'elle est beaucoup demandée donc je l'ai pas, mais sinon la cadre elle propose de temps en temps, où elle t'inscrit. Genre moi, les soins palliatifs elle m'avait inscrit j'étais très contente d'ailleurs et elle a été annulée faute de participants. Mais elle peut t'en proposer la cadre et sinon faut pas hésiter à lui demander de participer à des formations, mais on ne les connaît pas toutes, c'est dommage.

ESI : Et dernière petite question, quels conseils donnerais-tu à une future infirmière sur la gestion des émotions ?

IDE B : En vrai c'est c'est très vaste parce que ça dépend de toi. Pour moi déjà, je m'adapterai à la personne que j'ai en face. Ça dépend de toi, quelle est ta juste limite, à quel moment tu sens que hop là ça va être trop dur et que ça va venir chez toi, que tu vas y penser chez toi, que tout ça tu vois. A quel moment tu te dis, là, la petite jeune qui a l'âge d'être ma petite sœur, et bien je sais quand je rentrais chez moi je me disais : Ah quand même tu vois, ça me tracassait. Je faisais des packs avec elle pour pas qu'elle vide sa sonde nasogastrique tu vois, et et là, quand je rentrais, même si c'était allez tu vides pas ta sonde tout ça, et le lendemain je retournais la voir, et et tu vois je pense que là ça me prenait beaucoup d'énergie. Même si la jeune elle était très contente quand je passais une demi-heure à discuter avec elle, ça lui faisait du bien tu vois, et bien je pense que il y a un moment où je me suis dit, voilà si elle est pas prête à ce qu'on fasse vraiment le soin ensemble et qu'on avance ensemble, et bien moi faut que j'arrête de m'investir comme ça dans sa prise en charge. Il faut que j'arrête de m'investir comme ça dans tout son côté psychologique qui finalement elle, elle est peut-être pas prête tu vois, et je pense que c'est vraiment ça. C'est quand toi t'es capable de te rendre compte que là finalement, tu es trop et t'en ramènes peut-être trop chez toi et c'est peut-être trop compliqué, qu'il faut simplement te dire ou même en parler à tes collègues et dire, bien là tu vois je sens que j'ai, que c'est trop et bien tu sais les collègues franchement elles sont disponible, et hop tu changes de secteur et tu laisses de côté la patiente et tu peux revenir la voir. Ce n'est pas grave, tu vois c'est pas grave si si tu crées des liens, c'est pas grave si t'as des émotions pour les gens, mais je pense qu'il faut savoir identifier à quel moment c'est trop dur, à quel moment tu ramènes chez toi, à quel moment et pas hésiter à en parler à en parler. Mais je pense aussi qu'il n'y a pas de mauvaise, enfin tu peux pas être trop gentil, tu peux pas être trop présent, tu peux pas être trop. On m'a souvent dit, toi tu vis dans le monde des bisounours. Mais moi je trouve que tu peux pas être trop, tu peux pas, enfin voilà faut juste que toi tu aies tes propres limites à toi pour que toi ça ne t'impacte pas trop.

ESI : C'est ça chacun est différent et du moment que tu respectes ce que tu t'es dit.

IDE B : Et tu vois, entre une infirmière qui va passer le matin et celle qui va passer l'après-midi, et bien peut-être que vous allez pas du tout tirer les mêmes choses du patient, et c'est ça qui est top en fait. Le patient il va avoir plein de monde passés, il va se dire avec elle je sens que c'est une ressource à qui je peux confier mes émotions, elle c'est plutôt une infirmière à qui je vais poser des questions sur mes traitements, tu vois c'est hyper varié et moi je trouve ça top.

ESI : Au moins on a toutes les informations sur le patient avec différents soignants.

IDE B : Après c'est lui qui voit voilà, c'est lui qui voit si il s'ouvre et tout, et puis il y a des gens avec qui ils vont s'ouvrir à moi, et d'autres vont s'ouvrir à une autre et puis c'est pas grave tu vois, c'est eux qui voient.

ESI : Est-ce que pour toi il existe une juste distance professionnelle ?

IDE B : Moi je pense qu'il y en a une, après je pense que c'est pas la même avec chaque patient. Je pense que c'est pas la même selon les infirmières, c'est pas la même selon les prises en charge, c'est aussi pas la même selon le service tu vois. Ce n'est pas innée, ça s'apprend. Quelqu'un qui est à Eugène marquis, qui prend les soins palliatifs, les cancers, c'est complètement différent de quelqu'un qui, je sais pas est en gériatrie, qui va ressentir ses émotions face aux petites personnes âgées, qui va ressentir beaucoup de compassion. C'est complètement différent je trouve et du coup, la juste distance je trouve qu'elle s'installe selon le patient en fait. Moi, une dame qui a un cancer multi métastasé, je vais pas du tout avoir la même relation qu'avec un patient, tu vois mon petit patient du 27, là qui a un trouble psychiatrique, qui est tout le temps-là. Et bien je ne vais pas avoir du tout la même relation et je pense que du coup là, la juste distance s'installe là. Elle est différente en fonction de chaque patient et de chaque infirmière, là ou toi tu juges que c'est trop, mais je pense qu'il y en a une.

ESI : Il y en a une mais c'est en fonction de chacun.

IDE B : C'est comme tout, il n'y a pas de prise en charge et distance optimale. La prise en charge elle est seule et unique. Chaque patient, chaque infirmière, chaque médecin et oui, mais c'est comme ça qu'on avance je pense et que l'on fait des belles choses.

ESI : Est-ce que t'as quelque chose à ajouter ?

IDE B : Non enfin je pense que j'ai fait le tour après si toi t'as des petits points tu me dis !

ESI : J'ai posé toutes mes petites questions, j'en ai même ajouté certaines.

IDE B : Je pense que maintenant tu as matière à travailler maintenant.

ESI : Merci beaucoup à toi.

IDE B : Avec plaisir.

## Annexe IV : Abstract

NOM : SAVE

PRÉNOM : ROSALIE

TITRE :

L'impact des émotions des soignants sur la juste distance et la relation soignant-soigné

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Chaque individu est régi par des émotions. Qu' elle soit bénéfique ou déficitaire, c'est inévitable. Nous avons tous en nous une sensibilité. Elle s'exprime d'une manière différente selon les individus et peut même avoir un impact sur notre vie privée. Il est primordial de forger sa propre identité pour ainsi pouvoir être opérationnelle auprès des patients pris en soins. Je suis partie d'une situation qui m'avait affecté et donc me semblait importante d'approfondir parce que je sais que demain je serais à nouveau confronté à ce type de situation et de part cette sensibilité que j'ai en moi. Afin d'enrichir mes connaissances, j'ai effectué des recherches en lien avec les trois principaux items présent dans ma question de départ qui est : En quoi les émotions interviennent-elles dans la relation soignant-soigné et questionnent la posture infirmière ?. Ensuite, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières (une jeune diplômée et une avec de l'expérience) d'un service de médecine. L'analyse de ces entretiens a montré que l'expérience aide à gérer ses émotions mais aussi à maîtriser la distance relationnelle. En effet, il est important d'accueillir l'émotion, de l'identifier et de l'analyser. Cette analyse peut se faire par le biais de l'équipe pluridisciplinaire lors des transmissions, réunion, pause café... Il est important en tant que jeune diplômée d'avoir une dynamique d'équipe qui nous met en confiance. La bonne entente au sein de notre service est bénéfique pour nous, afin de nous permettre d'assurer des soins de qualité. Cela nous permet d'exprimer notre ressenti, faiblesse, inquiétude sans se sentir jugé. Enfin, l'analyse des différents résultats obtenus lors de cette recherche m'a finalement amené à une question de recherche : En quoi la force de l'équipe est une plus value pour affiner sa posture professionnelle et avoir une juste distance envers un patient vivant des émotions fortes ?

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Every individual is driven by emotion. Whether it's good or bad is inevitable. We all have a sensitivity. It is expressed in a different way depending on the individual and can even have an impact on our privacy. It is essential to forge one's own identity in order to be operational with patients in care. I started from a situation that had affected me and therefore I felt it was important to deepen because I know that tomorrow I would again be faced with this type of situation and with this sensitivity that I have in me. In order to enrich my knowledge, I carried out research related to the three main items in my initial question, which is : In what way do emotions intervene in the nursing-care relationship and question the nursing posture?. Then, I conducted two semi-directional interviews with two nurses (a young graduate and one with experimentation) from a medical department. The analysis of these interviews showed that the experience helps to manage emotions but also to control the relational distance. It is important to welcome emotion, to identify it and analyze it. This analysis can be done through the multidisciplinary team during transmissions, meetings, coffee breaks... It is important as a young graduate to have a team dynamic that gives us confidence. Good understanding within our department is beneficial for us, so that we can ensure

quality care. This allows us to express our feelings, weakness, anxiety without feeling judged. Finally, the analysis of the various results obtained during this research finally led me to a research question : How is the strength of the team an added value for refining one's professional posture and having the right distance towards a patient living with strong emotions?

**MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en Français.**

Juste distance, émotion, patient, un professionnel de santé, collègue de travail

**MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en Anglais.**

Fair distance, emotion, patient, a healthcare professional, fellow worker