

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Mémoire de fin d'étude



Être un robot ou penser par soi-même ?

Promotion : 2017-2020

3^{ème} année

Nom de la directrice de mémoire : Isabelle LOUCHART

1^{ère} session de l'année 2019-2020

Thaïs IMBERT
24/05/2020

NOTE AUX LECTEURS :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

« Vous pouvez tout faire, penser ou croire, posséder toute la science du monde, si vous n'aimez pas, vous n'êtes rien. »

Marcelle SAUVAGEOT, *Laissez-moi* (1930)

REMERCIEMENT

Je tenais tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Isabelle LOUCHART, pour sa bienveillance. Elle a su m'accompagner et me guider tout au long de ce travail de recherche malgré mes doutes et mes incertitudes.

Je remercie également ma référente pédagogique, Caroline FLORINDO, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans la participation de ces infirmières qui ont acceptés de donner de leur temps pour répondre à mes questions.

A l'issue de ces trois années de formation, je voulais remercier l'ensemble des formateurs de l'IFSI d'Avignon et tous les professionnels de santé rencontrés sur mes lieux de stages. Grâce à eux, j'ai pu prendre confiance en moi et en mes capacités.

Je me remercie ma famille et surtout mes parents, pour leur patience, leur amour et grâce auxquels j'ai pu faire ces études. Et aussi mes amis, qui m'ont aidés et soutenus.

Enfin, Je remercie également Esteban Dhuy, qui a créé l'illustration pour ce mémoire.

Et encore un dernier merci à la vie et à toutes les belles rencontres qu'elle sait nous offrir.

Table des matières

Introduction	- 1 -
1 Situation d'appel et question de départ.....	- 2 -
2 Cadre de référence	- 7 -
2.1 Références : théoriques et conceptuelles	- 7 -
2.1.1 Les émotions des soignants	- 7 -
2.1.2 Les mécanismes de défenses des soignants.....	- 9 -
2.1.3 Réflexion sur la juste distance	- 13 -
2.1.4 La relation soignant/soigné.....	- 15 -
2.1.5 La communication	- 17 -
2.1.6 La posture professionnelle.....	- 20 -
3 Enquête exploratoire.....	- 23 -
3.1 Présentation de la méthodologie	- 23 -
3.1.1 Outil de l'enquête exploratoire.....	- 23 -
3.1.2 Public.....	- 23 -
3.1.3 Lieux.....	- 24 -
3.1.4 Déroulement	- 24 -
3.1.5 Difficultés rencontrées.....	- 24 -
3.2 Présentation et analyse des données	- 25 -
3.2.1 Entretien avec Marguerite	- 25 -

3.2.2	Entretien avec Jonquille.....	- 26 -
3.2.3	Entretien avec Lilas	- 28 -
3.2.4	Entretien avec Violette	- 29 -
4	Problématique.....	- 31 -
5	Conclusion.....	- 34 -
	Annexes	- 38 -

Introduction

L'être humain est un être de contact, sa nature veut qu'on rentre en relation avec l'autre, avec son environnement. Que ce soit par le toucher, l'ouïe, le goût, l'odorat ou la vue on utilise ses cinq sens pour façonner sa perception du monde et sa perception de lui-même par rapport au monde. Chaque personne a sa propre vision de la vie, et ainsi nous gérons tous celle-ci de façon différente.

En effet, si les patients sont tous différents, les soignants le sont aussi. Du fait de notre vécu, notre caractère, notre expérience nous sommes tous différents face à des situations similaires et nous n'avons pas les mêmes affects face à un même patient. Il nous arrive d'être plus proche de certains patients, de s'engager plus émotionnellement au point de nous demander si nous ne sommes pas en train de dépasser certaines limites dans la relation soignant-soigné.

Tout au long de mes trois années d'études j'ai été confrontée à cette problématique plusieurs fois. J'ai effectué de nombreux stages dans des services variés. J'ai donc rencontré de nombreux patients tous différents, qui demandent une prise en charge globale, personnalisée et adaptée.

C'est pourquoi, cela me tenait à cœur de pouvoir réfléchir sur cette problématique et ainsi choisir d'effectuer mon travail sur le thème de la gestion des émotions dans la relation soignant-soigné. De plus, ce sujet fait partie de la compétence 6 du port folio qui est « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin » et donc de l'exercice infirmier. C'est une des compétences les plus importantes pour la pratique de ce métier.

Pour cela ce mémoire comprendra trois parties : dans la première partie, je détaillerai mes deux situations de départ qui m'ont marqué. De ces deux situations en découlera ma question de départ. Ensuite dans la seconde partie, j'expliquerai la phase exploratoire que j'ai abordée pour mon mémoire. Et enfin, dans la troisième partie j'exposerai la méthode exploratoire de mon mémoire.

1 Situation d'appel et question de départ

Ma situation se déroule un soir, dans un service de soins de suite et de réadaptation. Je suis à la troisième semaine de mon stage.

Cela fait deux semaines que j'ai choisi mes patients afin de pouvoir les prendre en charge dans leur globalité (soins de nursing, traitements...).

Une de mes patientes, Mme G, âgée de 99 ans est admise à la suite d'une ostéosynthèse d'une fracture per trochantérienne mais aussi pour un répit familial. Elle est dans le service depuis Août 2018, elle vivait dans un appartement, au 1^{er} étage avec ascenseur, avec sa fille unique, qui lui rend visite régulièrement.

Physiquement, elle est très mince et assez petite. Elle a les cheveux grisonnants et toujours avec deux pinces, une de chaque côté. Ses yeux sont bleus et son visage est marqué par le temps.

Le matin je lui fais la toilette au lavabo, je l'aide pour le dos et les jambes, elle marche, elle s'habille seule, je l'aide à choisir ses vêtements. L'après-midi j'effectue ses changes car elle est incontinente et je la recouche à sa demande. Pour les horaires du coucher cela dépend des jours, cela peut-être 16h comme 20h.

Elle ne porte pas de lunettes, elle a un régime haché fin car elle n'a pas d'appareil dentaire même si elle est édentée. Mais cela rend la communication difficile car sans appareil dentaire elle a beaucoup de mal à se faire comprendre lorsqu'elle veut nous dire quelque chose, mais on comprend quelques mots. Cependant, m'occuper d'elle tous les jours me permet de la connaître ; ses goûts alimentaires, sa coiffure préférée, sa tenue favorite, ses peurs, ses envies. Elle comprend tout ce qu'on lui dit, elle ne présente aucune forme de démence.

Je parle à sa fille quand elle vient, souvent accompagnée de son mari. Elle me dit que sa mère a toujours eu un fort caractère, que c'est une personne obstinée, qu'elle aime énormément parler et être en présence d'autres personnes. Tous les traits de caractère que me décrit sa fille je les ai observés. Mme G est une personne franche, quand ça ne lui convient pas elle le fait savoir. Elle a ses habitudes comme tout le monde et je m'organise en fonction de celles-ci. Elle exprime très souvent son envie de rentrer chez elle, et que sa fille lui manque.

Sa voisine, Mme B, parle beaucoup avec elle, l'aide, c'est une personne souriante et d'une extrême douceur malgré sa maladie et sa douleur.

Elle souffre d'une infection nosocomiale contractée à la suite d'une pose de prothèse au genou. Toutes deux s'adorent. Pour Mme G je vois sa voisine est comme un repère, d'autant plus qu'elles sont arrivées à quelques jours d'intervalle dans le service.

La famille des deux complices est très présente. Ce sont des personnes agréables et curieuses. Les deux familles s'entendent bien entre elles, à tel point que les premiers jours je suis incapable de différencier la famille de Mme B de celle de Mme G.

Un après-midi sa fille lui rend visite, elles passent quelques heures ensemble et part vers 17h. Quelque temps après, l'infirmière me dit : « depuis le départ de sa fille, Mme G est agitée et agressive, elle ne veut pas manger ». Cependant je ne l'ai pas encore vue car je m'occupe d'une autre de mes patientes. Avec l'équipe on a donc décidé de la laisser tranquille pour le moment et de la coucher plus tard.

Il est 20h je couche deux de mes patientes, je décide d'aller voir Mme G pour m'assurer qu'elle va bien et pour la coucher. Quand j'arrive dans la chambre je vois que deux aides-soignantes l'avaient déjà mise au lit. Mme G. me semble très en colère. En effet, elle pousse ses draps, sa protection est à terre, déchirée. Elle a griffé une des deux aides-soignantes et giflé l'autre. Abasourdie par ce spectacle, je propose aux soignantes énervées par les actions de Mme G, de sortir et que je vais continuer seule et leur ferai appel en cas de problème. Elles sont d'accord et sortent.

Après leur départ, je m'approche doucement Mme G, qui est moins agitée. Je la regarde et peux lire une grande détresse dans ses yeux. Elle a l'air si triste. Je m'interroge sur la raison de son état inhabituel ce soir, est-ce parce que sa fille est venue la voir ? Cela lui a-t-il donné encore plus envie de rentrer chez elle ? Mais pourquoi ce soir-là ? Pourquoi est-elle moins agitée quand c'est moi ? Est-ce parce que c'est moi qui lui prodigue ses soins tous les jours ? Cela a-t-il créé un lien particulier entre nous ? Mon visage la rassure-t-elle ? Est-ce vraiment parce que c'est moi qu'elle s'est calmée ? Est-ce pour cela qu'elle me confiera plus tard ce qui la tracasse ? A-t-elle confiance en moi ?

Je la regarde encore et lui souris, je la sens plus calme quand elle me voit. Elle me confie qu'elle veut rentrer. Je lui rétorque de ma voix la plus douce possible que tout va bien, que je comprends qu'elle veuille partir.

Ensuite je lui demande s'il y a autre chose elle me répond « je veux parler à ma fille... », malheureusement sa fille n'est pas là. Je lui prends doucement les mains pour la rassurer et en souriant je lui dis que moi je suis là et toute l'équipe est aussi là pour elle. Je prends une chaise, je m'assieds près d'elle. Etant étudiante j'ai ce privilège de pouvoir prendre du temps auprès des patients, alors j'en profite. J'écoute ce qu'elle me dit même si je ne comprends pas tout, j'entends du chagrin dans sa voix. Elle m'explique qu'elle en a marre d'être ici, qu'elle ne comprend pas pourquoi sa fille ne la récupère pas chez elle. Je continue à l'écouter un moment. Je sens Mme G plus calme. La colère était-ce son moyen d'exprimer sa tristesse ? Je lui caresse un peu les cheveux, elle me prend la main et me dit « merci, merci ». Je lui réponds par mon plus grand sourire et je lui demande si je peux lui mettre sa protection. Elle hoche la tête en guise d'approbation. Je change donc sa protection, je lui remets aussi ses couvertures, je sais qu'elle a toujours froid. Je lui dis : « c'est l'heure de dormir, on se revoit demain », elle me sourit et ferme les yeux.

Les jours s'enchainent, une routine s'est installée. Nous sommes lundi, je reviens travailler après mon week-end de repos. Cette semaine, je suis d'après-midi et commence mon service à 13h30. C'est une après-midi qui commence comme toutes les autres. Cependant, lors de la relève, je vois que le numéro de la chambre de Mme G est différent. En effet, elle a été transférée dans une autre chambre, seule. Je demande ce qu'il s'est passé. Une aide-soignante présente ce week-end m'informe que Mme G était agitée et criait beaucoup la nuit, et que pour sa voisine, très fatiguée, cela leur a paru être la meilleure solution.

A ce moment-là, je suis mitigée, en effet la voisine a besoin de repos mais d'un autre côté, pour Mme G sa voisine est une présence très importante. La relève se termine. Je prépare les médicaments avec l'infirmière, ensuite on va les distribuer, en même temps on prend les constantes des patients. Ensuite, je m'occupe de mes patientes. Comme d'habitude je commence par Mme B, l'ancienne voisine de Mme G, j'effectue son injection sous-cutanée d'anticoagulant. On parle, sa famille est présente. Sa fille, me demande comment va Mme G. Je réponds que je ne l'ai pas encore vue. Mme B, me dit qu'elle se sent désolée, car elle a dit aux soignantes qu'elle était fatiguée à cause des cris nocturnes de Mme G. Je la rassure, je lui explique qu'elle n'a pas à se sentir coupable, qu'elle a aussi le droit de penser à elle et à sa santé. On parle encore quelques minutes, et je sors de la chambre. Mme G est dans la chambre juste en face. Il est environ 14h30.

Je prépare son injection d'anticoagulant, l'infirmière vérifie et m'autorise à aller lui faire. Je rentre, comme souvent, sa fille et son gendre sont présents. J'ai une impression étrange. Quelque chose est différent. Je me dis que c'est juste un ressenti. Je salue la famille et lorsque que je vais pour parler à Mme G, sa fille d'un ton agacé, me demande ce qu'il s'est passé. Je regarde son mari, il a l'air ennuyé. Naïvement, j'explique ce que l'aide-soignante m'a dit plus tôt sur les raisons du transfert de chambre, mais sa fille hausse un peu plus le ton. Elle me dit que ça on lui a déjà expliqué. Je ne comprends pas où elle veut en venir. Interloquée, je pose mon plateau où il y a l'injection, et je m'avance vers Mme G. Elle est allongée, elle ne bouge pas, je lui dis bonjour et elle me sourit. Je soulève ses draps, et là je comprends. Je vois un pansement, sur tout son avant-bras gauche, légèrement tacheté de sang. Sa fille s'avance vers moi, son mari se tient derrière moi. Je me sens en position de faiblesse. Elle me demande toujours énervée : « c'est quoi ce pansement ? ». Avant de lui répondre, je me dirige de l'autre côté du lit, je lui dis que malheureusement je ne sais pas ce que c'est que je viens de rentrer de week-end et qu'à la relève cela n'a pas été précisé mais que je vais me renseigner. Le couple sort le temps que je fasse l'injection, je parle un peu avec Mme G mais je ne me sens pas à l'aise. Je sors de la chambre et je vais demander des informations à une soignante présente ce week-end. Elle m'explique que Mme G s'est coincée le bras entre les barreaux pendant une de ses crises de colère. Je prends le nécessaire pour le change de Mme G et je retourne dans la chambre. J'expose les faits à sa fille. Elle et son mari me dévisagent et d'un ton accusateur me demandent si on n'a pas plutôt été violents envers elle, comme si on avait tenu son poignet avec beaucoup de force. A ce moment-là je reste bouche bée, je ne sais pas quoi dire. Dans ma tête plusieurs sentiments surgissent. Je repense à la scène qu'il y a eu quelques jours auparavant et je me dis que ce n'est pas impossible, involontairement bien sûr mais pour essayer de la calmer, ou que sais-je. Je me sens démunie, impuissante, et surtout coupable de ne pas pouvoir les rassurer. Je me reprends. Je fais confiance à l'équipe. Je leur affirme que sa mère a des moments de violence et que c'est très probable qu'elle se soit coincé le bras entre les barreaux, d'autant plus qu'elle est très mince. Ils me font comprendre, par des froncements de sourcils, qu'ils ne me croient pas. Je suis très touchée par leur remarque.

Tous les liens, cette relation avec Mme G qui a mis du temps à s'établir, j'ai l'impression que tout s'écroule. Je me sens désemparée et coupable de ne pas pouvoir répondre à leur préoccupation et donc de les rassurer. Mais je ne montre rien. J'essaie de faire bonne figure, je discute un moment avec eux, et je leur assure que notre équipe est dans la bienveillance avec

tous les patients. Petit à petit, l'atmosphère s'apaise mais je ressens toujours ces sensations, je ne me sens plus légitime de m'occuper d'elle, mais les liens que j'ai créés avec Mme G sont forts et à chaque fois ses sourires m'encouragent. Par la suite, je fais sortir sa fille et son mari, afin que je puisse réaliser le change. Tout se passe bien, avec l'accord de l'infirmière je change son pansement, qu'elle a tendance à arracher. Avec elle, tout se passe comme d'habitude, on discute un peu, je lui pose des questions banales, mais intérieurement, je me sens mal. Je doute de la vérité et j'ai peur aussi. Le regard de sa fille reste dans ma mémoire, ce regard plein de colère, d'incompréhension. Ce regard qui donne l'impression que quelque chose s'est brisé. Après les soins, je les fais revenir dans la chambre. Je ne peux pas en rester là. Je m'excuse, je ne sais pas pourquoi mais je ne sais pas quoi dire d'autre. Pourquoi cela m'affecte-t-il autant ? Ai-je pris cette remarque trop personnellement et trop à cœur ? Sa fille me dit qu'elle a confiance en moi, qu'elle me voit depuis plus de trois semaines maintenant et qu'elle sait que jamais je ne ferai pas de mal à sa mère. Cela me touche et me rassure mais quand bien même je n'ai pas envie qu'elle pense qu'un membre de l'équipe soit capable de faire ça. Quelques instants plus tard, je lui dis que je dois aller m'occuper des autres patients. À la suite de cela, je me sens tracassée toute la journée et je me pose beaucoup de questions.

Pourquoi a-t-elle pensé cela ? Va-t-il y avoir des répercussions sur la confiance qu'elle a envers l'équipe soignante ? Ai-je bien réagi ? La distance que j'ai avec Mme G est-elle appropriée ? Qu'est-ce que la bonne distance soignant-soigné ? Comment s'acquiert-elle ? Qu'elles sont les limites de cette distance ? Est-ce que le fait d'avoir réussi à la calmer quelques jours auparavant a joué un rôle sur cette distance ? Me suis-je trop impliquée dans cette relation ? Ai-je trop pris à cœur la relation entre Mme G et moi ?

Plus tard, plusieurs membres de l'équipe me confirment que c'est bien Mme G qui s'est coincée le bras dans les barrières je me sens rassuré. Je ne leur ai pas parlé de ce qui s'est passé.

Toutes ces interrogations m'ont amenée à la question de départ suivante :

Comment les émotions du professionnel viennent impacter la relation soignant-soigné ?

2 Cadre de référence

2.1 Références : théoriques et conceptuelles

2.1.1 Les émotions des soignants

Pour commencer, il me semble essentiel de traiter les émotions des soignants.

Selon D. Anzieu, R.Doron et F.Parot « *l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation dites émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales* ».

Les émotions traduisent un ressenti intérieur qui se traduit de façon spontanée, sans réflexion au préalable. Il s'agit d'un mécanisme naturel. Une émotion peut être agréable comme désagréable. Personne n'est à l'abri de ressentir une émotion et elles touchent tout le monde. Les émotions sont au cœur de nos relations, elles nous permettent de pouvoir réagir aux différentes situations que nous rencontrons. Paul Ekman, un psychologue américain parle « *d'émotions de bases* ». En 1972 il en identifie six qui se manifestent notamment avec l'expression du visage « tristesse, joie, colère, peur, dégoût et surprise ». Il agrandi sa liste en 1990, en y ajoutant des émotions qui ne se manifestent pas toutes par l'expression du visage : « *amusement, mépris, satisfaction, gêne, excitation, culpabilité, fierté dans la réussite, soulagement, plaisir sensoriel et honte* ».

En tant que soignant, il est primordial de savoir identifier ses émotions, elles peuvent même être une force dans l'exercice de notre profession car elles nous permettent de mieux nous connaître et de ce fait, d'être plus authentique face aux personnes soignées. Ainsi Florence Michon explique que le « *soignant pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer* », elle nomme cela « l'intelligence émotionnelle ». De plus, Margot Phaneuf nous explique que cette notion « *d'intelligence émotionnelle* » permet aux soignants de pouvoir se remettre en question mais aussi « *d'humaniser ses soins* ». Ainsi il semble nécessaire de réussir à identifier les raisons qui nous conduisent à ressentir telle ou telle émotion selon une situation.

Nos émotions permettent de rendre chaque relation unique et modifie notre implication en fonction des situations. Comme le dit Margot Phaneuf « *ressentir des émotions : c'est vivre* », elles régissent nos décisions ainsi que nos comportements.

Également, selon Lydia Fernandez « *les émotions sont des manifestations universelles* », elles sont donc identiques et comprises de tous mais paradoxalement elles sont aussi singulières et propre à chacun.

En sus, Margot Phaneuf nous explique que face à nos émotions « [...] *il vous faut les gérer plutôt que de les réprimer.* » Il est important d'être authentique auprès du patient mais il faut pouvoir les gérer car toutes les émotions ne sont pas bonnes à montrer, pour ne pas déranger ou inquiéter le patient.

« *L'implication, l'engagement de l'infirmière sont nécessaires pour entrer en relation, avoir envie de rencontrer l'autre* ». (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, p.92). L'implication du soignant face aux patients peut le conduire dans une situation délicate. Il se peut que dans la relation soignant/soigné l'infirmier soit dans un état émotionnel où l'affect prend le dessus, comme cela a peut-être été le cas lors de l'évènement décrit plus haut, concernant la blessure de Mme G et la réaction de sa famille face à cela. Fernandez Lydia définit l'affect comme « *des manifestations externes, visibles et observable des états émotionnels* ». (Fernandez L, p.159)

Les soignants sont avant tout des êtres vivants, et parfois il est difficile de mettre certaines barrières faces aux situations qui pourraient nous affecter. Cependant, une même situation avec un patient différent ne provoquera pas les mêmes émotions car chaque relation est différente et donc l'affect diffère lui aussi, c'est cela qui rend notre profession si riche émotionnellement et humainement parlant. Ressentir atteste la relation soignant/soigné, cela signe un lien. De plus, pour se protéger le soignant peut parfois user inconsciemment de « mécanisme de défense », que nous allons aborder plus tard, ces derniers permettent de minimiser notre implication émotionnelle. Mais, l'infirmier peut instaurer une distance qui n'est pas toujours adapté à la situation.

Dans le livre la relation d'aide en soins infirmiers, les auteurs nous explique que : « cheminer vers la juste distance, c'est au contraire accepter l'affectivité comme élément central de la professionnalité de l'acteur de soin. ». Mais encore, le Dr Catherine Deshayes ajoute que « *travailler avec les affects ne veut pas dire transformer la relation professionnelle en relation affective : en effet, il s'agit de regarder comment et pourquoi les affects nous submergent* ». (C. Deshays, p.4)

2.1.2 Les mécanismes de défenses des soignants

Les mécanismes de défenses que les soignants mettent en place leur permettent de se protéger des émotions qu'ils peuvent ressentir, mais aussi des situations difficiles qu'ils rencontrent, c'est un processus psychique inconscient.

D'après Lapanche et Pontalis « *les mécanismes de défenses constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constante de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente.* »

Pascal Prayez ajoute que « *dans la vie courante, l'évitement physique protégerait le sujet de ces confrontations. Comme ce n'est pas possible dans le cadre de la pratique du soin, le mouvement défensif de fait par la distanciation symbolique, pour diminuer le sentiment d'intimité affective* ». Chez les soignants les mécanismes de défenses peuvent intervenir dans différentes situations ; des histoires de vie difficiles, l'approche de la mort, des situations délicates, la souffrance. C'est ce qui leur permet de se protéger face à des situations perçues comme intolérables. Parfois, « *l'histoire d'autrui peut la renvoyer à sa propre histoire* » et de ce fait, faire écho au soignant à sa propre histoire de vie.

De plus, si ces mécanismes se mettent en place cela peut être pour apaiser l'angoisse du soignant, qui a peur de ne pas arriver à soigner et guérir le patient ou bien de ne pas répondre aux souffrances de celui-ci convenablement ou encore de laisser des questions sans réponses. Cela m'a en effet été très difficile de ne pas dans un premier temps être en mesure de répondre aux interrogations de la famille de Mme G.

Martine Ruzniewski met en avant que « *toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendres-en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes* ». (Ruzniewski M. p.15)

Suite à cette définition elle nous expose les neuf mécanismes de défense des soignants qu'elle a identifiés :

- Le mensonge/ le pare-excitation

C'est celui qui cause le plus de dommage chez le patient. Il s'agit de cacher la vérité au patient. On utilise des mots moins difficiles à entendre et on omet de dire ce qu'il en est réellement. De fausses informations peuvent être données et la gravité de la maladie n'est pas exposée. Pourquoi le soignant use-t-il de ce mécanisme ? Car il permet d'éloigner l'angoisse, de gagner du temps mais aussi parce qu'il a envie de protéger le patient. Le mensonge permet au soignant de s'adapter lui-même à la nouvelle. Il permet aussi d'éviter les questionnements et coupe court le dialogue. Cependant, le mensonge met en péril la relation de confiance. A la découverte de la vérité, le patient pourra être dans un état de choc, avec des effets de traumatisme et de sidération. Enfin, cette omission ne permet pas au patient de créer lui-même ses propres mécanismes de défenses pour faire face à l'annonce de sa maladie car il n'aura pas tous les éléments nécessaires pour le faire petit à petit et c'est cela qui rendra la vérité encore plus difficile à entendre.

- La banalisation

Le soignant ne reconnaît qu'une partie du problème, il se focalise sur un aspect de la maladie et non sur sa globalité. Il prend en charge, ce qu'il connaît, là où il a des connaissances. Pour l'infirmier, il s'agit dans la plupart du temps de se focaliser sur la souffrance physique en occultant la souffrance psychique, il y a une mise en distance. Le malade est mis partiellement de côté et dans la plupart du temps ne se sent pas reconnu dans sa globalité.

- L'esquive

Face à un sentiment d'impuissance, le soignant reste en décalage, « hors sujet », sans mentir. Face à la souffrance physique du patient, le soignant se sent démuni. Il dévie les conversations pour ne pas parler du réel problème. Le patient peut se sentir désemparé face au comportement du soignant, avec un sentiment de solitude car il ne pourra évoquer ses craintes avec lui. Le soignant est un repère pour le patient lors de son séjour à l'hôpital et certains patients ont besoin d'être rassurés en discutant avec le soignant.

- La fausse réassurance

Le soignant dissimule la vérité au patient. Le patient angoissé soupçonne le diagnostic cependant le soignant continue à optimiser les résultats afin de créer un espoir chez le patient même s'il connaît la réalité.

- La rationalisation

Le soignant donne toutes les informations au patient mais en utilisant un vocabulaire médical, ce qui complexifie la compréhension du patient. Il ne comprendra les mots utilisés. A travers ce mécanisme le soignant évite de s'impliquer trop personnellement et se protège. Il crée une forme de barrière entre lui qui a le savoir, les connaissances et le patient. Cela lui permet d'éviter de devoir faire face à l'angoisse du patient et donc de mettre une certaine distance. Ce mécanisme va aussi angoisser le patient car il va se sentir seul et n'a aucun moyen de comprendre sa pathologie.

- L'évitement

C'est un comportement de fuite. Le soignant peut fuir le patient en évitant de rentrer dans sa chambre ou encore fuir la conversation avec lui en ne s'adressant qu'à des tierces personnes, en évitant de le regarder, en se focalisant sur son dossier. Cela provoque une dépersonnalisation du malade, il est réduit à un corps et non plus à un Homme. Le soignant se distance de tout affect et fait comme il n'y avait aucun patient. La communication, l'échange n'est pour lui plus de son ressort et le réserve aux autres intervenants. Le patient risque de se sentir seul et délaissé en tant qu'être humain.

- La dérision

La communication est réduite à son maximum, et quand des échanges se font c'est sur le ton de la dérision. Le soignant peut de ce fait, prendre de la distance face à la situation. Ce mécanisme peut provoquer également un sentiment d'angoisse, de solitude et de silence.

- La fuite en avant

L'angoisse que le soignant ressent devient trop importante, il ne parvient plus à se protéger avec les autres mécanismes. Il va alors se décharger d'un poids qui est trop lourd à supporter en disant tout ce qu'il sait. Et toutes les questions des patients seront abordées de la même manière par le soignant. Les réponses seront concises et franches. Mais, cette décharge de connaissances

sera une source d'angoisse supplémentaire pour le soignant car il sera celui qui annonce les mauvaises nouvelles. Et « *alors que le malade n'aspirait qu'au partage de la souffrance, le médecin a provoqué l'effet contraire, engendrant par son attitude, la rupture définitive, créant ainsi le vide et la béance* ». (Ruszniewski M. p.27).

- L'identification projective

Ce mécanisme est le contraire de la banalisation. En effet, le soignant ne met aucune barrière avec ce que ressent le soigné, ils ne forment plus qu'un. Ce mécanisme est inconscient, le soignant s'identifie au patient en recherchant des traits de personnalités communs, il projette également des sentiments, des émotions et des pensées qui lui sont propres. Le soignant souhaite dissoudre la distance en prenant en charge le patient dans sa globalité et pense savoir ce qui est bien lui. Cela endort ses propres angoisses.

Ces mécanismes permettent alors de nous protéger des souffrances psychiques que peuvent induire certaines situations. Ainsi, nous pouvons en déduire que la relation soignant-soigné nécessite une distance adaptée où son histoire personnelle n'influence pas cette relation ; « *certaines infirmières ont parfois des difficultés à trouver la « juste limite » entre ce qui relève de leur rôle professionnel et de leur vie privée* » (p.93).

Il semble important de nous connaître et de savoir ce qui nous touche et ce qui nous conduit à recourir aux mécanismes de défenses.

En outre, le soignant doit garder en tête de son côté professionnel, tout en étant authentique et dans l'empathie. Soit « *pour un soignant, l'affectivité est un élément clé du professionnalisme : la question est de savoir ce que l'on en fait* » (Prayer P. p.8). Pour se faire, il ne pourra pas nier totalement ses émotions et ses affects comme le confirme le Dr Catherine DESHAYS « *Et puis il est bien vain de nier les affects. Même si nous ne voulons pas, ils prennent le dessus alors que nous voulons les écarter ! Il nous faut dépenser beaucoup d'énergie pour tenter de les tenir à l'écart et cette énergie n'est plus au service de la fluidité de la rencontre professionnelle* » (Deshays C, p.4). Ces différents aspects influencent la distance qu'il y a entre le soignant et le patient.

2.1.3 Réflexion sur la juste distance

« Pour comprendre et rechercher la distance juste, il est préférable de ne jamais oublier cette donnée toute simple : le soin met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent » (Prayez P. p.3)

D'après Pascal Prayez « *la distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable.* », cette définition fait écho à la notion de proxémie de E.T Hall qu'il définit comme « *l'ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres* ». (Prayez P. p.13)

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 3,60m)* » : c'est un échange qui se fait à distance, et principalement de manière verbale. Le non-verbal n'a très peu, voire, pas du tout sa place. Sans réelles interactions.
- « *Distance sociale (de 3,60 à environ 1,20m)* » : cet échange se passe par le contact avec les yeux et une communication verbale.
- « *Distance personnelle (de 1,20m à 45cm)* » : dans cet échange il peut y avoir un contact physique, pour qu'il soit instauré il doit y avoir une confiance mutuelle. Les protagonistes ont accès à certains détails physiques de l'autre.
- « *Distance intime (de 45cm jusqu'au contact physique)* » : la communication verbale n'est pas la principale utilisée, on s'attache d'avantage au langage non verbal, à la perception avec le développement des différents sens. Elle peut avoir un aspect réconfortant, de sécurité.

Dans la relation avec le patient, il est important de connaître ces différentes distances afin de savoir celle qui est adoptée pour pouvoir réagir de façon adaptée à la situation ; Cependant, aucune n'est définie comme idéale, telle ou telle ou distance sera appliquée en fonction des protagonistes (le soigné et le soignant) impliqués, de la situation, du lieu de soins, du contexte, des limites de chacun mais aussi de leur histoire personnelle.

Toujours selon Pascal PRAYEZ, « *la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de différence des places.* » (Prayez P, p.194) Le soignant doit garder en tête qu'il n'est pas à la place de la personne malade.

Le professionnel de santé et le patient ne peuvent pas fusionner, ce sont deux personnes à part entière. L'infirmier peut en effet le comprendre, l'accompagner dans ses soins mais il se doit de ne pas se comparer à lui. Il doit être à l'écoute, comprendre les émotions du patient, sa souffrance tout en étant bienveillant et congruent.

La notion de congruence renvoie au « *fait d'être authentique et d'apparaître à l'extérieur comme on est à l'intérieur.* » (Les essentiels en IFSI)

En sus, « *Être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop, ni trop peu* » (Michon F., p.32-34). En effet, en s'impliquant trop personnellement, le risque est que l'infirmier(ère) ne fasse plus la part des choses et qu'elle soit dans une relation trop intime pour prendre du recul sur la situation et avoir une prise en charge adaptée au malade. Et à l'inverse, l'infirmier(ère) peut adopter une distance « *hyperdéfensive* » que P.PRAYEZ décrit comme une « *asepsie émotionnelle* » (Prayez P., p.200), ou seule la technicité à sa place, il y a une banalisation de la souffrance du patient avec une non-écoute de celui-ci.

Ainsi, il oppose ce comportement à celui de distance juste qu'il évoque comme étant « *une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent (tendresse, attachement, répulsion, attirance, agressivité, culpabilité, désir de réparation...) mais reste contenu sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre. La distance juste est généralement ressentie comme chaleureuse et bienveillance, elle privilégie l'écoute centrée sur la personne, associant intelligence sensible et technique. Elle favorise la démarche éthique (respect des attentes ou des refus, consentement...)* » (Prayez P., p.200).

Cette notion de juste distance est un processus complexe, qui nécessite au soignant une bonne connaissance de soi. Ainsi, être dans la juste distance évoque le fait que chaque relation est unique, et qu'il est essentiel de rester professionnel avec les qualités qui sont propres. Il n'y a pas de définition précise mais il faut faire attention à ne pas être dans les extrêmes. En plus, la distance que l'on instaure dépend de la personne, de l'environnement, du contexte de soin, de la relation qui sera instauré avec le patient.

2.1.4 La relation soignant/soigné

La relation soignant/soigné est au cœur du métier d'infirmier.

Le Larousse définit la relation l'« *ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.* » Pour rentrer en relation il faut donc être au minimum deux protagonistes.

D'après Alexandre MANOUKIAN « *une relation, c'est 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 nous explique également que la relation repose sur d'autres facteurs : psychologiques, sociaux, physiques.

Cette définition, nous permet de dire que la relation varie en fonction des individus, elle n'est pas la même pour tout le monde, même au sein d'une relation chaque individu la vivra différemment. La relation semble être un phénomène complexe à comprendre, en effet au-delà du fait qu'elle soit vécue différemment de façon individuelle, elle repose également sur des facteurs extérieurs. En fonction du contexte où elle naît et des facteurs environnants, elle sera variable.

En outre, rentrer en relation avec autrui n'est pas anodin, en effet cela demande à chaque personne de s'investir et de s'ouvrir à l'autre. Ainsi, le Dr DESHAYS Catherine nous dit : « *là où il y a la relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel* » (Deshays C, p.9). A. MANOUKIAN ajoute « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation* ». Nous pouvons donc constater que la relation requiert une attention particulière. Plusieurs aspects nous permettent de rentrer en relation avec autrui et cet échange peut conduire à différents ressentis. Certaines personnes peuvent d'avantage nous toucher de part leur façon d'être, leur histoire, leur maladie... Donc chaque relation que nous établissons avec les patients est différente, par moment il peut être compliqué pour certains soignants de s'occuper de certains patients. « *L'affectivité est l'élément central. Nous pouvons dire qu'il est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire* » (A. Manoukian, p.9), l'affect a donc un impact sur les relations interindividuelles.

De plus, MANOUKIAN ajoute que « *le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation* » (A.Manoukian, A.Massebeuf, p.7).

Ce qui nous mène à parler de la relation soignant-soigné, sujet qui nous intéresse davantage. Catherine DESHAYS explique que « *la relation se formalise autour d'une intention, d'un objectif, d'une tâche à réaliser, d'une prestation à fournir* » (C. Deshays, p.12) Cette relation, doit reposer sur un respect mutuel et doit naître dans un climat de confiance afin qu'elle puisse voir le jour. Le soignant se doit d'accepter le patient tel qu'il est et non comme il voudrait qu'il soit.

Le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné comme un « lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes :

- Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments
- Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu
- Un minimum de disponibilité.

La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions. » (M.Potier, p.281) Cette définition, nous explique donc que le rôle du soignant est de prendre soin du patient.

De plus, la relation soignant-soigné est très importante car elle dure durant tout le parcours du patient. Le soignant se doit d'être accueillant, mais aussi professionnel. Ainsi la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, décrit les différents aspects qui définissent la relation soignant-soigné :

- « *La relation de civilité* » : Il s'agit d'une relation simple, commune où la communication prime. Il n'y a pas de but précis à cette relation, c'est un échange respectueux.
- « *La relation fonctionnelle* » : Cette relation est plus profonde et a un but précis, professionnel. On recherche des informations concernant le patient afin de mieux le connaître pour adapter sa prise en charge.
- « *La relation d'aide* » : Elle nous permet d'être au plus près du patient, de lui apporter du réconfort. Elle concerne tous les aspects de la communication, et s'attache au respect

et à l'écoute afin d'accompagner le patient dans sa maladie et sa souffrance. Cette relation ne peut voir le jour sans une relation de confiance. Le patient peut, à la manière de Mme G à mon égard, exprimer ses craintes, ses angoisses et ses difficultés et pourra d'avantage les surmonter. Cette relation est essentielle pour une prise en charge globale du patient.

Ces différentes relations permettent de garder un lien le patient et d'être dans l'acceptation de celui-ci. Malgré ces différents aspects de la relation qui tend à être impartiale et presque égale, le statut de chacun reste inégal, il y a celui qui soigne avec les connaissances et celui qui reçoit les soins qui a peu de connaissances sur la pathologie. Catherine DESHAYS explique que « *dans un contexte relationnel apparaît une caractéristique essentielle, l'asymétrie de la relation* ». (C. Deshays, p.12) Cette relation conduit chaque interlocuteur à rester à sa place, en fonction de son statut, ses savoirs, et la reconnaissance des compétences de l'autre.

« *Dans la relation asymétrique entre en jeu une inégalité de statut, professionnelle ou hiérarchique* » (ibid), la relation soignant-soigné rentre bien dans le cadre de cette définition. Ainsi, soigner nous oblige à rentrer en relation avec le patient, il s'agit d'une relation imposée, il ne s'agit pas d'un choix mais d'une obligation. Pour une prise en charge optimale, il est donc nécessaire que le soignant s'adapte à chaque patient, et qu'il crée une relation particulière avec chacun d'entre eux. L'affect peut à certains moments intervenir dans cet échange. « *L'intimité, les confidences, l'écoute, la proximité engendrent un rapprochement, et au fil des entretiens se tisse une relation, c'est-à-dire une manière d'être en lien* » (Deshays C, p.32), en effet, l'affect fait partie intégrante des échanges puisque le soignant comme le soigné sont dotés de sentiments comme d'émotions. Chaque relation est unique, car tous les individus ont leur propre personnalité et nous nous ne conduirons pas de la même façon en fonction des patients.

2.1.5 La communication

« *Communiquer, c'est rentrer en contact avec une plusieurs personnes pour leur transmettre un message ou en recevoir un de leur part ou, de manière plus significative, pour créer une relation avec elles.* » (Phaneuf M, p.19). La communication permet un échange d'informations, de données, de connaissances et selon moi elle me semble être la base de toute la profession infirmière. En effet, sans communication, la relation entre le soignant et le soigné ne pourra voir le jour. Ainsi, pour communiquer il faut qu'au moins deux personnes aient l'intention d'avoir un échange afin qu'ils aient un code commun.

Valérie Paule Roman-Ramos nous dit que sans la communication « *la prise en charge du patient ne peut se réaliser ni correctement, ni totalement.* » De plus, la communication doit se passer dans un cadre de respect mutuel, d'échange, d'écoute, de bienveillance, de discrétion et d'acceptation de l'autre. Il est donc important de s'adapter à son interlocuteur et d'utiliser les mêmes mots que lui afin que chacun se comprennent.

Pour rentrer en relation le patient, comme le soignant peuvent utiliser leurs cinq sens soit la vue, l'ouïe, l'odorat, la voix et le toucher. « *Toutes les personnes malades ne sont pas en mesure d'utiliser la communication verbale et l'infirmière devra s'adapter à la singularité de chaque situation par l'écoute et l'observation.* » (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs). C'était par exemple le cas avec Mme G, chez qui l'absence d'appareil dentaire rendait la communication orale difficile. La communication se base donc sur le verbal et le non verbal : gestes, mimiques, regard, postures, distances, mouvements, toucher, attitude, sourire...

La communication verbale doit être adaptée à la personne soignée, et le soignant se doit de prendre le temps pour expliquer et parler doucement pour faciliter la compréhension de l'autre. Pour mener l'échange, le soignant peut utiliser différents moyens « *la reformulation simple ou la reformulation synthétique* » ce qui permet de voir si tout a bien été compris du côté du soignant, et qu'il n'y ait pas de quiproquo. Ainsi Margot PHANEUF explique que « *par sa clarté et sa signification, la communication verbale est l'instrument privilégié de la transmission de l'information et de nos échanges avec le clients* ». De plus, les questions peuvent être ouverte afin de permettre au patient de parler de tout ce qui lui semble important, sans tabou, sans le guider, ni d'influencer ou ça peut être des questions fermées lorsque le soignant a besoin d'une information particulière qui pourrait donner, des informations claires pour sa prise en charge.

De plus, le non-verbal joue un rôle essentiel lors de la communication, il dit tout ce que l'autre essaye de cacher. Pour Jeanine BEAUDICHON, il existe trois types de comportements non verbaux :

- « *Les manifestations dont ne prend conscience non celui qui les produits, non celui qui est exposé.* »
- Celles qui sont « *émises de manière non intentionnelle mais sont perçue intentionnellement.* »
- Puis celles qui « *sont produites et reçues intentionnellement* »

En tant que soignant, l'observation est importante afin d'identifier le message que l'autre nous renvoie. La voix et l'intonation nous permettent de comprendre dans quel état est l'autre. En outre, la communication non-verbale peut être consciente et inconsciente et permet de faire passer des émotions personnelles. Certains gestes peuvent être culturels, et d'autres expriment notre état intérieur.

Soit la communication verbale et non verbale selon Alexandre MANOUKIAN et Anne MASSEBEUF permet « *de pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné* » En tant que soignant, il est primordial de faire attention au langage verbal en non-verbal afin de ne laisser aucuns éléments de côté. La communication est le moyen de s'exprimer et de faire passer un message. Les mots mettent du sens à ce que l'on ressent et ce que l'on veut bien dire alors que ce que l'on qualifie de « non verbal » sont des signaux pour renseigner le récepteur. Ils peuvent se compléter ou au contraire être contradictoire. C'est pour cela que le regard du soignant doit être centré sur le patient.

En outre, Margot PHANEUF nous dit également que « *la communication est un lien fragile qu'il faut préserver afin de lui conserver son caractère personnel et efficace* », ainsi, au cours de nos échanges nous sommes parfois dérangés par des obstacles, elle parle « *d'interférences externes* », « *d'obstacles socioculturels* » et de « *blocages internes* » (M Phaneuf p.53). Les interférences externes sont liées à l'environnement c'est-à-dire tous les éléments qui parasitent la qualité d'un bon échange, les bruits, l'intervention ou la présence d'autres personnes ou encore la manque d'intimité...

Les obstacles sociaux culturels concernent tout ce qui découle de notre éducation, culture, religion, habitudes de vies, valeurs et toutes les notions qui sont propres à chacun. Toute personne est libre de vivre comme elle l'entend, ainsi dans la relation soignant-soigné, il est primordial d'échanger pour comprendre ce que l'autre attend afin de prendre au mieux en charge le patient. En ce qui concerne les problèmes liés à la langue, il est important d'utiliser des mots simples à comprendre et nous pouvons également utiliser la communication non-verbale. Les blocages internes quant à eux font références « *à des difficultés psychologiques ou physiques de la personne soignée* », elles sont propres à la personne soignée.

Elles se manifestent par des difficultés à exprimer ce que le patient ressent, cela peut être dû à une gêne, à de la pudeur, ou encore un handicap. Les émotions jouent également un rôle important dans ce blocage.

2.1.6 La posture professionnelle

Dans la relation soignant-soigné, la juste distance évoquerait davantage le fait d'adopter une posture professionnelle plutôt que d'être dans la recherche d'une distance qui pourrait être néfaste pour le professionnel et/ou le patient.

« Au sens premier, le terme « posture » renvoie à la réalité du corps : une posture est une attitude, une façon de se tenir, de placer son corps, ses membres. » Dans la posture professionnelle, il s'agirait donc de la façon de se comporter dans le cadre de notre exercice face à nos patients.

Tout au long de notre formation et de notre profession, notre posture professionnelle se modifie, se développe. Elle semble donc évoluer avec le temps.

Cette notion de posture professionnelle est notamment abordée durant les trois années d'études en institut de formation où elle est évoquée dans l'arrêté du 31 Juillet 2009 qui concerne la réforme de la nouvelle formation infirmière.

Elle est ainsi abordée dans l'unité d'enseignement 5, qui est composé de 6 parties qui sont : UE 5.1 : l'accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ; 5.2 l'évaluation d'une situation clinique ; UE 5.3 la communication et la conduite de projet 5.4 les soins éducatifs et la formation des professionnels et des stagiaires ; UE 5.5 la mise en œuvre des thérapeutiques et la coordination des soins et enfin UE 5.6 l'analyse de la qualité et le traitement des données scientifiques et professionnelles.

Durant la formation, au travers de ces différentes unités d'enseignements, de nos stages et de rencontres nous développons des connaissances, des savoirs, des pratiques et ainsi nous commençons à acquérir notre propre posture professionnelle.

Patricia BERNER explique qu'il existe cinq étapes différentes dans le processus professionnel, qu'elle nomme de « l'infirmière novice à l'infirmière experte » :

- « *Le novice* », cette notion renvoie au débutant, au jeune diplômé ou au nouvel arrivant dans le service, qui a peu de connaissances et d'expériences.

- « *Le débutant* », est quant à lui plus autonome, il a de l'expérience mais a besoin d'être chaperonné dans certains actes, et faire face aux situations exceptionnelles afin d'être le plus compétent possible.
- « *Le compétent* », « a une expérience d'au moins trois ans dans le même service ». Dans ce cas-là, l'infirmière a des compétences lui permettant de prendre en charge le service tout en surmontant des situations délicates.
- « *Le performant* », l'infirmier s'appuie sur ses perceptions pour prendre en charge le patient, et planifie des projets de soins au long cours.
- « *L'expert* », il s'appuie sur tous les sens du soignant, les qualités qui lui sont propre, afin de prendre en charge le patient de façon optimale, dans sa globalité. Cela exige une expérience d'au minimum cinq ans.

De plus, elle ajoute que « *outré la maîtrise du raisonnement clinique, l'enrichissement des connaissances conceptuelles et des intervenants de soins, le professionnel y développe ses capacités relationnelles et plus particulièrement son habilité à mener un entretien d'aide* », le développement de ses différents aspect, l'expérience, la connaissance de soi et la maîtrise de ses propres émotions sont donc une des clés qui aide le soignant à faire face à la relation soignant-soigné. Cela lui permet d'adopter une posture professionnelle adaptée et non pas d'être dans la recherche d'une juste distance.

En sus, « *ces différentes étapes sont définies par l'expérience professionnelle, elles ne sont jamais acquises et sont toujours en mouvement* », ainsi nous pouvons donc en conclure que la posture professionnelle que nous adoptons n'est pas figée, elle se modifie et est variable, l'infirmière doit régulièrement se remettre en question afin de toujours être dans la recherche d'une prise en charge globale du patient. De plus, elle doit être capable de connaître et comprendre ses émotions afin de ne pas s'impliquer trop personnellement mais d'être dans une attitude de professionnel, être dans l'empathie. Cela lui permet ainsi, de s'adapter à chacun d'entre eux afin de ne pas les considérer tous de la même façon afin qu'ils aient la sensation d'avoir une écoute particulière, individuelle et personnalisée telle que celle que j'ai cherché à mettre en place avec Mme G. Ainsi, « *l'analyse régulière de sa pratique intervient en outre comme un outil d'amélioration et d'optimisation de ses interventions et des résultats obtenus en matière de santé* ».

Cependant, en tant qu'élève il est parfois difficile d'adopter une posture professionnelle adaptée, notre manque de connaissances, d'expériences mais également d'analyse sur soi-même nous conduit parfois dans des situations délicates. Nous ne trouvons pas toujours notre place, tant du côté des professionnels que des patients. Nous sommes souvent submergés par nos émotions et nous ne savons pas comment les gérer, , j'en ai en effet fait l'expérience lorsque j'ai cru sentir se détériorer la relation de confiance qui s'était installée avec Mme G et sa famille.

La société française d'accompagnement et de soins palliatifs note ainsi à l'attention des étudiants « *apprenant à identifier ses propres émotions, il s'efforcera de les nommer et de les prendre en compte en discernant ce qui relève de sa propre histoire et ce qui appartient à l'autre.*

La pratique quotidienne de cet exercice de repérage lui permet de se perfectionner et de développer sa capacité à faire face aux situations de plus en plus complexes. Pour autant, de nombreuses années d'expériences et d'analyse de pratique professionnelle sont souvent nécessaires pour structurer de manière réfléchie cette démarche et de transférer avec efficience »

De plus, certains professionnels ont parfois créé des liens particuliers avec leur patient et nous nous arrivons pour un temps défini, et s'immiscer dans cette relation soignant-soigné n'est pas toujours facile.

Certaines histoires de vies, situations nous touchent plus ou moins et nous ne savons pas toujours comment les prendre en charge. Les personnes vulnérables sont d'autant plus sujettes à ces situations. Nous pouvons vite avoir du mal à trouver une relation soignant-soigné adaptée et être submergé par nos affects et émotions.

3 Enquête exploratoire

3.1 Présentation de la méthodologie

3.1.1 Outil de l'enquête exploratoire

J'ai choisi de mener mon exploration selon un entretien semi-directif. D'après les enseignements reçus au semestre 4, l'entretien est considéré comme « *un outil de recueil de données, caractérisé par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* ». C'est une technique qualitative de recueil d'information permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thème préalablement définis. Ces derniers ont été consignés dans un guide d'entretien composé de questions ouvertes appelant à une réponse plus longue. Cela m'a permis de rassembler des faits et des opinions d'infirmiers sur mon objet de recherche. J'ai choisi cette méthode car elle permet aussi de développer et d'orienter ses propos sans être influencé par l'interviewer, moi, étudiante en soins infirmiers.

J'ai utilisé des questions simples de présentation (âge, année d'obtention du diplôme et le parcours professionnel) puis quatre questions principales autour d'une situation qu'a vécu le professionnel au cours de sa carrière. C'est une grille d'entretien anonyme, j'ai donc modifié les noms des infirmières avec des noms de fleurs. Les entretiens ont duré environ 30 min. J'ai utilisé mon téléphone afin de pouvoir enregistrer et retranscrire le plus justement possible les entretiens, avec bien évidemment l'accord des enquêtés. Le guide d'entretien et la retranscription sont en annexes.

J'ai donc réalisé quatre entretiens semi directifs comportant les mêmes questions mais qui s'adressent à des professionnels travaillant dans deux types de service différents afin d'avoir plusieurs approches différentes de la relation car l'un ne voit les patients que quelques jours et l'autre plusieurs mois voire années.

3.1.2 Public

Tout d'abord j'ai interrogé Marguerite, une jeune infirmière diplômée, depuis un an, de 25 ans qui a fait des remplacements dans une maison de retraite et en rééducation fonctionnelle et travaille depuis septembre dans la même maison de retraite où elle a effectué ses remplacements.

J'ai ensuite interrogé une infirmière, Jonquille, qui travaille dans un service de courte durée, de médecine neurologique. Elle a 40 ans et exerce depuis l'obtention de son diplôme en neurologie.

J'ai également interrogé une infirmière Lilas, âgée de 40 ans, diplômée depuis 4 ans. Elle a travaillé directement en EHPAD.

Enfin j'ai interviewé Violette, une infirmière de 26 ans. Elle est diplômée depuis trois ans. Elle a travaillé 7 mois en centre de rééducation, puis en chirurgie digestive/ ORL/hopital de semaine de gastro / chirurgie réparatrice.

J'ai choisi ces quatre infirmières car elles me permettent également de voir si l'âge et l'expérience ont un impact sur les émotions.

3.1.3 Lieux

En raison du Covid-19 tous les entretiens se sont effectués par téléphone. Afin de respecter les réglementations et d'éviter tout risque de contamination.

3.1.4 Déroulement

Les entretiens se sont déroulés par téléphone, les infirmières étaient donc sur leurs lieux de travail mais elles ont toutes eut la gentillesse de s'installer dans un endroit calme afin de ne pas être dérangées. Cela a facilité l'écoute et l'échange. Les infirmières Marguerite et Lilas viennent du même EHPAD, suite à ma lettre de demande d'entretien et en accord avec la cadre du service, elles ont accepté de répondre à mes questions. Pour les infirmières Jonquille et Violette j'ai eut la chance de travailler avec elles lors de mes stages. Elles ont toutes été disponibles et bienveillantes envers moi.

J'ai mis les conversations en haut-parleur pour pouvoir les enregistrer avec mon ordinateur. Chaque entretien a duré entre 20 et 40 minutes.

3.1.5 Difficultés rencontrées

Ma première difficulté, a été de réaliser les entretiens par téléphone. En effet, cela met une barrière entre moi et le soignant. De plus, ce sont des questions assez personnelles, et certaines soignantes ont put se sentir un peu gênées au début même si par la suite, elles ont su se livrer sur leur propre ressenti.

3.2 Présentation et analyse des données

3.2.1 Entretien avec Marguerite

Marguerite récemment diplômée, nous parle d'une situation qu'elle a vécu en EHPAD, là où elle travaille donc. C'est un résident qui décède en pleine crise sanitaire. La direction a pris la décision de faire venir la famille afin de l'accompagner, en ayant un masque, surblouse, gant... Cependant, le résident a, comme le dit Marguerite, « *plus de difficultés à reconnaître* » (l. 14) ses proches et « *cela crée forcément une barrière* » (l. 15) entre eux. Mais c'est mieux que de ne pas pouvoir se voir complètement « *parce que s'il y a une suspicion covid c'est mise en bière immédiate et ils n'ont même pas accès au défunt* » (l. 33-34) et pour l'infirmière « *c'est brutal* » (l. 34).

La femme de ce résident, elle aussi dans la maison de retraite, a mis du temps avant de trouver le courage d'aller le voir mais elle certifiait qu'elle allait bien mais elle somatisait sa tristesse quand ses enfants étaient là « *elle nous répond qu'il n'y a pas de soucis, elle marche, mais du moment où elle a vu ses enfants elle tenait plus sur ses jambes elle voulait vomir, elle tombait dans les pommes* » (l. 21-22). La femme du défunt a pu lui faire ses adieux et pour Marguerite c'était important elle dit « *je l'aurais mal vécu si elle n'aurait pas pu lui dire au revoir* » (l. 25-26) et « *ce qui était difficile, vu qu'en maison de retraite on a quand même plus tendances à s'attacher aux résidents* » (l. 23). Donc le fait d'être en maison de retraite crée plus « *d'affect* » (l. 31) selon l'infirmière « *quand tu prends un résident en charge à long terme tu es plus impacté, pour moi* » (l. 60-61), mais aussi pour elle « *en maison de retraite c'est plus difficile de faire la part des choses parce que forcément tu t'attaches au résident* » (l. 41-42).

Marguerite nous dit qu'elle est « *sensible de nature* » (l. 40) et que « *donc des situations me chagrineront plus que d'autre* » (l. 40). La maison de retraite est très souvent le dernier lieu de vie de la personne, donc on va assimiler cet endroit à « *un mouroir* » (l. 43) et « *ils ne vont pas ressortir vivant* » (l. 43) mais toujours pour Marguerite « *on le sait mais qu'ils soient bien quand même bien à la fin, dans les bonnes conditions* » (l. 44). Être là pour les accompagner dans les meilleures conditions possibles, prendre son temps avec les résidents, lui prodiguer les meilleurs soins de confort possible, être là, tout cela est essentiel. Elle rajoute aussi que si « *Pour avoir du relationnel l'ehpad c'est ici ou il y en a le plus* » (l. 59-60). Cela rejoint ce que dit Margot Phaneuf, avec sa notion « *d'humaniser les soins* ». Cependant, parfois l'affect peut être trop présent et d'après l'infirmière « *si on a trop d'affect avec lui on va se dire non faut*

qu'on y arrive faut qu'on le sauve » (l. 64) c'est-à-dire que c'est dur de laisser partir le résident sans rien faire « *c'est frustrant* » (l. 66) si par exemple il a demandé à ne pas être réanimé mais elle essaie de « *mettre une certaine distance* » (l. 75).

En outre, comme le dit Catherine Deshays « *il s'agit de regarder comment et pourquoi les affects nous submergent* ». De plus cela fait référence à Florence Michon qui explique qu'en s'impliquant trop personnellement, le soignant soit dans une relation trop intime, et qu'il peut avoir du mal à prendre du recul sur la situation et avoir une prise en charge adaptée.

Elle rajoute également qu'on « *travaille avec l'humain* » (l. 71-72) mais aussi que « *que nous ne sommes pas des Surhomme quand tu ne peux pas tu ne peux pas tu passes la main...* » (l. 56). On a tous des émotions et qu'on est obligé de travailler avec elles et qu'on « *ne peut juste laisser aux vestiaires* » (l. 78). C'est un mécanisme naturel. Ce n'est pas possible de partir toute une journée et de rentrer sans raconter ta journée, sans aller dans les détails mais au moins dans les grandes lignes. Marguerite m'a dit « *revient dans deux ans j'aurai peut-être changé ma gestion des choses* » (l. 73). Elle est jeune diplômée, pour elle, donc, l'expérience fait gagner en maturité et donc elle pourra peut-être plus se détacher de certaines situations et les gérer plus facilement à l'avenir d'autant plus qu'elle rajoute « *j'avais une petite carapace, peut être maintenant elle est plus forte* » (l. 67). Elle finit avec le fait que tout cela est « *équilibre à avoir* » (l. 80). Cela fait écho les paroles de Michon Florence qui nous dit que c'est une question de dosage, il n'en faut ni trop, ni trop peu.

3.2.2 Entretien avec Jonquille

Pour l'infirmière Jonquille, sa situation portait sur « *une dame âgée là pour suspicion d'AVC* » (l. 4), peut être un AIT, car « *elle avait un intellect conservé* » (l. 9). Cependant, la patiente semble de temps en temps lui faire répéter des phrases, donc elle pense détecter « *des petits trucs cognitifs* » (l. 10). De plus selon Jonquille la patiente « *s'est énervée contre moi en deux jours, en m'accusant de la traiter comme une idiote alors que j'avais compris qu'elle avait des trucs cognitifs, elle non* » (l. 17-18). L'infirmière pense « *je me suis faite avoir dans mon professionnalisme* » (l. 16). C'est une situation délicate que l'infirmière a vécu, comme si la patiente la mettait en porte à faux, où elle savait qu'il y avait quelque chose au niveau cognitif mais la patiente n'en était pas consciente « *j'ai été perdue dans mon diagnostic de troubles cognitifs, ou de personnalité* » (l. 22) nous confie Jonquille. En effet, la patiente souffrait d'une « *personnalité complexe avec de la manipulation* » (l. 31-32).

L'infirmière nous explique qu'elle s'est « *laissée toucher par ses accusations.* » (l. 23) et qu'elle a « *été un peu virulente avec la dame en se défendant* » (l. 25). Elle ne connaissait pas la pathologie de la patiente mais ce qu'elle a ressenti à ce moment-là est réel et authentique.

Cette situation a changé sa prise en charge déjà avec cette patiente car elle nous confie que c'était « *un peu difficile d'y retourner* » (l. 41) après cela. Mais aussi cela lui a permis « *d'aiguiser mon observation pour repérer des personnes de ce types-là* » (l. 78). De plus, Jonquille me dit que cela l'a aidé mais « *parce qu'elle l'a voulu* » (l. 88) et que « *si tu es ce genre de personnes à te remettre en question, forcément ça t'aide à ne pas les revivre et ça t'aide à évoluer en toi-même et avec ton métier aussi* » (l. 86-88). Elle ajoute une notion, qui est revenue dans tous mes entretiens, qui est que « *notre métier se veut très humain... On a l'impression qu'on doit agir comme des robots* » (l. 44-45) « *... qu'on soit imperturbables alors qu'en fait on est quand même des être humains, on peut même rentrer en contact avec un patient déjà avec nos propres problèmes* » (l. 47-49). Elle insiste sur le fait que nous « *sommes des êtres humains* » (l. 54) et que ne nous sommes « *pas des robots* » (l. 55) mais aussi « *que les problèmes il faut les laisser aux vestiaires mais que ça c'est facile à dire mais pas à faire* » (l. 49).

L'infirmière Jonquille parle, elle aussi, du temps, que jeune infirmière elle refoulait ses émotions, elle refusait de les ressentir mais que maintenant, elle « *commence à comprendre que si, on est des êtres humains, et que oui on a le droit aussi d'interagir avec le patient de manière humaine.* » (l. 53-54). Mais aussi que « *ça vient aussi avec la maturité de la profession* » (l. 236). Elle ajoute également, qu'on nous demande « *d'être ni plus ni moins que quelqu'un sans émotions* » (l. 56-57). Mais elle explique qu'il faut utiliser sa sensibilité à bon escient les patients « *doivent pouvoir compter sur toi au cas où il est un gros problème qui se passe donc ne fais pas intervenir ta sensibilité* » (l. 59-60), « *le patient n'a besoin d'un copain mais d'un professionnel* » (l. 226). Mais, cette « *sensibilité ne servira qu'à comprendre, à montrer à la personne [...] qu'il n'y a pas que les mots qui comptent* » (l. 60-61). Comme dit dans mon cadre de référence ; la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs explique qu'il faut de l'engagement de la part de l'infirmière pour pouvoir rentrer en relation avec l'autre et qui explique également que l'expérience aide à avoir une certaine posture professionnelle, elle est variable et se modifie dans le temps.

Cependant elle explique aussi que le fait d'avoir trop d'affect peut nuire à la relation « *On est plus capable de rien si on a un trop de... si l'émotion qu'on ressent tout seul est partagée avec le patient. On a plus de... Je pense qu'on manque de professionnalisme* » (l.219-220).

Contrairement à Marguerite, elle a banni « *tous les mots : s'endurcir, se faire une carapace... je ne veux pas faire ça, je veux vivre mon métier jusqu'à la fin en ressentant les choses. Mais par contre, il faut qu'elle ait une place.* » (l. 113-114). Cela rejoint ce que nous dit Florence michon, qu'elle nous parle d'intégrer ses émotions à sa personnalité et doit les accepter, ce qui nous rend authentique. Pour finir, elle nous dit de ne pas se défendre contre la distance et que « *gérer les émotions ça veut dire ça : les avoir au bon moment* » (l. 114-115). Cela rejoint en tout point les concepts de Margot Phaneuf expliciter dans mon cadre de référence.

3.2.3 Entretien avec Lilas

Lilas nous explique que sa situation qui l'a marqué, en lien avec une résidente lorsqu'elle était jeune diplômée. Elle avait des problèmes avec elle ; « *elle me mettait en échec* » (l. 9-10), elle regardait tous ce que faisait Lilas dans les moindres détails « *y'avait quelque part un manque de confiance* » (l. 12). Lilas, l'a alors recadré avec gentillesse et humour, dès lors est née une relation soignant-soigné basée sur la confiance. L'infirmière ajoute « *bien qu'on soit soignant on n'est pas là pour tout accepter et on doit savoir à certain moment mettre le cadre.* » (l. 21-22). Grâce aux limites mises par Lilas cela a « *créé une vraie relation et une alliance thérapeutique par la suite.* » (l. 29).

L'infirmière m'explique que cela lui a permis de prendre confiance en elle.

Comme les infirmières Marguerite et Jonquille, Lilas, pense que « *les émotions ne restent pas au placard parce que nous sommes des humains* » (l. 36). Elle me confie qu'« *il y a des gens ou j'ai plus d'affinité, avec qui je vais discuter plus facilement que d'autre mais ça reste professionnel, c'est la barrière. Je sépare ma vie professionnelle et ma vie personnelle* » (l. 38-40). Elle se préserve comme cela.

Et c'est tout à fait ce que nous explique Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, il semble important de mettre une limite entre notre rôle de professionnel et notre vie privée, afin de se protéger de toute souffrance psychique.

Elle pense aussi que « *quand il y a beaucoup d'affect qui rentre dans cette relation/soignant soigné, on peut passer à côté de certains symptômes* » (l. 47-48). Lilas me parle également d'une notion que je n'ai pas abordée dans mon mémoire : la compassion. En effet, elle m'explique qu'il « *y a une différence entre la compassion et l'empathie elle est très fine mais il faut la comprendre pour réussir à se protéger tout en restant dans une bonne prise en charge car sinon on s'épuise nous-même* » (l. 75-76). En effet, la compassion c'est partager la souffrance de l'autre, souffrir avec lui alors que l'empathie c'est comprendre la souffrance de l'autre, pouvoir se mettre à sa place sans pour autant ressentir cette souffrance.

Lilas me parle aussi de l'importance « *de mettre des barrières pour se préserver nous mais aussi les préserver eux* » (l. 46-47). En effet dans un lieu de vie on a tendance à s'attacher aux résidents mais l'inverse est aussi possible et fréquent, et pour le bien du soignant et du résident ces barrières sont nécessaires. « *C'est un équilibre... très mince* » (l. 54). Cette notion d'équilibre revient également dans chacun de mes entretiens. C'est assez abstrait mais cela viendra naturellement au cours de ma pratique.

3.2.4 Entretien avec Violette

La situation de violette parle d'une fin de vie, arrivé récemment dans le service. Violette me confie qu'elle n'est pas habituée à avoir des situations de fin de vie et qu'elle n'est « *pas à l'aise avec ma propre mort à moi et celle de mes proches* » (l. 18). Ce décès survient en plein covid-19 donc la famille n'est au début pas présente. Elle me dit donc que « *c'était la première fois et il m'a tenu la main toute la matinée et j'avais les larmes aux yeux.* » (l. 15). Elle ajoute qu'il « *était conscient jusqu'à la fin il en avait marre* » (l. 21). Violette m'explique également qu'en « *en chirurgie donc on a plus tendance à vouloir sauver à tout prix le patient que de l'accompagner dans leur fin de vie* » (l. 22-23). Pour elle, ce « *qui était difficile à gérer : le regard du patient sur soi, il a vraiment besoin qu'on soit là et qu'on l'aide, ça c'est compliqué* » (l. 26-27) et ajoute ainsi « *à ce moment le plus important pour moi c'était d'être là pour lui* » (l. 35). Cependant, il n'y a pas eu de changement particulier pour elle dans sa prise en charge.

Violette me dit que dans un service de chirurgie, avec toute la charge de travail, la pression, parfois le côté relationnel est parfois mis de côté mais « *il faut savoir se recentrer et penser que si c'étaient nos familles dans les lits on n'aimerait pas que l'infirmière soit désagréable qu'elle nous brusque* » (l. 47-48).

Contrairement où les deux infirmières travaillant en EHPAD nous expliquent que l'affect est plus présent en maison de retraite et qu'il est difficile de ne pas s'attacher.

En outre, Violette parle du fait qu'on va s'attacher plus à des patients que d'autre et que « *c'est humain* » (l. 50). Elle rajoute également « *on parle de juste distance, mais je pense que c'est quelque chose que tu apprends seul* » (l. 59) et qu'on trouve naturellement sa place.

Enfin pour Violette, être sensible « *ça peut-être fatiguant au niveau émotionnel ou relationnel parce que ça demande beaucoup d'énergie.* » (l. 79). Il faut savoir passer la main si jamais c'est trop pour moi, pouvoir compter sur l'équipe et « *connaitre ses limites* » (l. 81).

4 Problématique

Rappel de ma question de départ :

Comment les émotions du professionnel viennent impacter la relation soignant-soigné ?

En parcourant mes recherches et les entretiens, nous pouvons déjà en retenir que la relation soignant-soigné repose sur la rencontre de deux personnes, soit le patient et l'infirmier ayant leurs propres émotions et leur propre histoire. Cette relation peut être voulue ou imposée.

Les infirmières interrogées ont leurs propres conceptions de la relation soignant-soigné, mais en les étudiant de plus près nous pouvons apercevoir qu'il existe de nombreuses similitudes que j'ai pu retrouver dans mes recherches. Les différentes infirmières sont unanimes pour dire que la relation soignant-soigné repose sur le fait de prendre soin et d'être attentif et disponible aux besoins du patient. Le rôle de l'infirmière dans cette relation est d'apporter du soutien. Elles insistent aussi sur leur posture de professionnelle qu'elles ont à tenir, cette notion ressort également dans mon cadre théorique ce qui fait que la relation soignant-soigné est une relation basée sur la différence de statut. Ainsi, il apparaît que pour que la relation soignant-soigné puisse naître, la relation reposerait sur un respect mutuel et un climat de confiance afin que le soignant se sente entouré et écouté. L'une d'entre elles parle de la relation de confiance, confiance aux connaissances et pratiques du soignant.

De plus, il semble essentiel de prendre en charge le patient dans sa globalité, tant sur le plan médical que physique, le patient ne se réduit pas qu'à un seul aspect. La relation soignant-soigné demande au professionnel de s'adapter au patient, et de créer une relation singulière, personnalisée.

En relisant mon cadre théorique et les entretiens, je me suis rendue compte que la relation pouvait être influencée tant par le soignant, que le patient.

La posture, le positionnement professionnel semble être l'une des lignes de conduites des différentes infirmières afin de trouver la limite entre le soignant, et le soigné et de faire attention à l'attachement que l'on peut avoir envers un patient. Les infirmières notent l'importance de toujours se remettre en question, et de garder une certaine distance afin de ne pas aller au-delà de leur compétence.

La souffrance de l'autre, ne doit pas devenir la souffrance de l'infirmier, si jamais, il se sent trop impliqué, il a la possibilité de se reposer sur son équipe et passer la main.

Les émotions, sont un élément central de la relation avec l'autre, et sont un des points d'encrages du soin. Ce sont des réactions spontanées et souvent inconscientes qui traduisent notre ressenti intérieur. Elles peuvent être vecteur de sentiment positif comme négatif. Ainsi, face aux émotions ressenties les infirmiers peuvent avoir recours à certains phénomènes afin de les masquer, on appelle cela les mécanismes de défenses. Les quatre infirmières ont toute recours à des mécanismes de défenses, j'ai relevé l'évitement, la dérision, l'identification ou encore la banalisation. Ces professionnelles font références à la notion de transfert, où certains patients font écho à leur propre histoire. Tous ces mécanismes inconscients ont pour but commun de se protéger des situations difficiles. Ils permettent ainsi, aux soignants de se protéger face à une situation impliquant trop leurs émotions. En confrontant mon cadre théorique et la réalité du terrain, je me rends compte que la gestion des émotions des soignant peut avoir un impact positif mais également négatif.

Premièrement, elle leur permettrait de jouer leur rôle de soignant, d'être aidant, soutenant et accompagnant afin de répondre au mieux aux attentes des patients. Une des infirmières note ainsi, que pour devenir soignant, il faut avoir une certaine sensibilité.

Mais d'un autre côté, cette gestion des émotions pourrait être un frein à la relation. Ainsi, en ne laissant pas la place à ses émotions le soignant pourrait devenir trop froid et distant et ne se réduire qu'à son rôle de technicien.

La plupart des infirmières interviewées, sont pour cacher leurs émotions, car selon elles montrer ce qu'elles ressentent seraient un frein à la mise en place d'une relation de soin, cela mettrait leur statut en jeu et il serait trop difficile pour elle de prendre par la suite la distance adaptée avec le patient. L'une d'entre elle, pense même que ça pourrait mettre la relation de soin en péril. Dans mon cadre théorique, j'abordais la notion « d'intelligence émotionnelle » qui au contraire reconnaissait les émotions des soignants, et qui permettait au professionnel de se poser les bonnes questions afin de mieux gérer les situations difficiles. De plus, j'abordais également la notion d'authenticité, notion reprise par une des infirmières.

Elle met en avant le fait qu'il est important de ne pas cacher ses émotions aux patients, mais au contraire de les maîtriser et ainsi d'être en accord avec son soi intérieur.

Gérer ses émotions semble être un exercice difficile, il faut trouver un équilibre entre être congruent et professionnel. Rentrer trop dans la sphère intime du patient, en dévoilant ses émotions, peut-être néfaste tant pour le soignant que pour le patient, mais dévoiler un peu de soi peut aider en rentrant en contact avec le patient, pour instaurer un climat de confiance. Comme le disent les infirmières, il semble être important de prendre du recul sur les situations, afin de se poser les bonnes questions mais cela ne veut pas dire masquer tout ce que l'on ressent. Montrer ses émotions n'est pas néfaste à la relation de soin au contraire, il permet de paraître authentique face au soigné. Cependant, il est important que le soignant ne se sente pas submergé par celles-ci et qu'il fasse preuve de professionnalisme afin de rester dans une relation de soin et qu'il n'y ait pas de débordements et que le patient ne soit pas plus affecté.

Toutes les infirmières ont insistés sur le fait que ne sous sommes pas des robots ni des surhommes mais vraiment des humains réagissant comme tel.

Il se pose alors la question de **la juste distance**. Trouver la juste distance n'est pas si simple, chaque personne à sa propre conception de celle-ci et a ses propres limites. Une des infirmières parle de curseur, qui se déplace en fonction du patient. De plus, comme je le disais dans mon cadre théorique, il n'existe aucune définition qui paraît idéale, elle s'étudie au cas par cas. La seule chose applicable c'est que la juste distance soignant/soigné se repose sur la différenciation des statuts. Comme le relève les infirmières, la juste distance c'est prendre en charge le patient dans sa globalité, en s'adaptant à lui, sans se laisser submerger par ses propres émotions et en restant professionnel. Dans mon cadre théorique, je parlais de dosage, afin de trouver la distance adaptée à la relation soignant-soigné. La notion de juste distance semble être au centre de toute relation de soin, elle permet au soignant de rentrer en contact avec le patient et nécessite au soignant une remise en question permanente. Une trop grande implication émotionnelle pourrait nuire à la juste distance, et impacter le soin. Comme le disent les infirmières, si les émotions sont trop présentes, il n'y a plus de distance. Le soignant peut s'approprier l'histoire du patient et ne plus être objectif face à la situation. Mais face à d'autres émotions comme notamment la violence, la peur, le soin peut être de moins bonne qualité et être fait plus rapidement afin de vite passer à autre chose. Pour l'une des infirmières, la juste distance est « le garde-fou », elle permet de se recentrer sur les objectifs du soignant et de ne pas franchir les limites de la relation de soin.

Ainsi, être dans la juste distance relèverait d'une bonne connaissance de soi par le soignant, et de sa reconnaissance de statut. L'expérience permettrait d'enrichir et de modifier sa posture professionnelle. Ainsi, comme vu plus haut dans le cadre théorique, le processus de professionnalisation aide le soignant, avec le temps à mieux se connaître, savoir où sont ses limites et créer sa propre identité professionnelle. Toutes, sont d'accord pour dire que le temps et l'expérience permettent d'apprendre, d'avancer et de créer sa propre identité professionnelle. Cependant, elles notent que personne n'est à l'abri et que cela ne s'acquiert pas du jour au lendemain.

Pour finir, je tiens à parler de la situation actuelle qui tend à modifier notre distance à l'autre et donc notre relation. En effet, nous sommes au cœur d'une crise sanitaire où nous devons donc porter masques, charlotte, surblouse, gants... Nous sommes donc cachés ainsi que nos noms à cause des surblouses. On enlève au patient tout ce qui l'aide à nous identifier, à avoir un nom sur un visage, tout qui pourrait le rassurer... Voir un sourire, nous entendre correctement, sentir notre toucher... Cela peut créer un environnement déstabilisant et même anxiogène auprès des patients. Nous devons donc chercher d'autres moyens pour pouvoir garder une distance qui mettra le patient à l'aise et pourra le rassurer.

Ce qui m'amène à ma question de recherche :

Comment donnez sens à la juste distance lors d'une crise sanitaire, qui fait tout pour nous éloigner ?

5 Conclusion

Depuis le début de cette formation, ma plus grande peur portait sur l'écriture de ce mémoire, le fait de ne pas y arriver mais surtout de ne pas trouver de sujet. J'y ai beaucoup réfléchi mais le sujet qui m'intéressait le plus était là, sous mes yeux, simplement.

Il m'était difficile de trouver une juste distance avec le patient, car je suis une personne émotive et sensible et qui donne tout son âme dans ce qu'elle entreprend. Et j'aime mon futur métier. Durant ces trois années de formation j'ai souvent entendu les professionnels dire aux étudiants qu'il fallait « se blinder », afin de ne pas être touché par l'histoire du patient mais dès j'entendais cette expression cela m'interpellait.

Pour moi, ça ne voulait pas dire grand-chose, et que cela pouvait même être néfaste à la relation soignant-soigné. J'ai décidé d'approfondir mes connaissances sur ce sujet-là et d'y consacrer mon mémoire.

Ce mémoire m'a permis de comprendre que chaque soignant a son propre ressenti, ses propres émotions. Que nous ne sommes pas tous touchés par les mêmes patients, ni de la même manière et que nous gérons tous différemment nos émotions.

Chacun définit la relation soignant-soigné à sa façon.

Le soignant n'est pas différent des autres être humains, il crée donc des liens plus ou moins forts avec les patients en fonction de son histoire mais aussi de celle du soigné, c'est ce qui fait qu'une relation est unique. Chaque infirmier soigne avec son cœur, les émotions font partie intégrante du soin. La relation repose sur plusieurs qualités importantes qui sont l'empathie, le respect, l'écoute, la communication, l'authenticité, la congruence et la confiance.

La notion du curseur me paraît intéressante afin de définir la distance à adopter avec le patient. Il n'y a aucune définition précise à ce sujet, si ce n'est que si le soignant se « blinde » ou au contraire il ne met aucune barrière avec le patient, la relation soignant-soigné n'est plus de qualité et peut au contraire être néfaste à la relation de soin. Une bonne connaissance de soi, une remise en question régulière et l'expérience permet au soignant de savoir où mettre des limites afin de ne pas basculer d'un côté ou d'un autre et de mieux gérer ses émotions.

Ainsi, pour une prise en charge globale et de qualité du patient, il est important que le soignant ne soit pas débordé émotionnellement. Si le cas se présente, l'équipe peut être un soutien, et il ne faut pas hésiter à en parler.

Ce travail de fin d'études m'a permis de comprendre qu'il ne sert à rien d'essayer de « refouler » ses émotions mais qu'il fallait au contraire arriver à faire avec, en les maîtrisant. Les émotions permettent tout de même de créer une relation avec le patient basée sur la confiance, où le soignant est en accord avec soi. Il m'a également permis de prendre conscience que les émotions n'étaient pas un obstacle pour le soin mais au contraire une richesse. Au-delà de ça, il m'a également permis de prendre un peu plus confiance en moi, et m'a fait comprendre qu'être émotive n'était pas un défaut en tant que soignant, qu'il fallait juste arriver à travailler avec afin d'en faire une force dans la relation à l'autre. J'ai compris que l'exercice et l'expérience me permettront d'enrichir mes connaissances et de créer ma propre identité professionnelle.

Ce travail a été très enrichissant et m'a fait grandir face à mon implication émotionnelle, je peux mieux me connaître dorénavant, mais je pense que les années d'expérience me feront prendre en maturité. C'est un long processus. Cela m'a conduit à me questionner face à ma position en tant que future professionnelle et face à mon implication face aux situations afin de ne plus retrouver en difficultés et trouver mes propres limites. Il m'a ouvert les yeux par rapport à cet équilibre à avoir et que j'aurai d'une manière naturelle. Enfin j'ai pu comprendre qu'il ne faut pas se battre contre ses émotions mais plutôt les apprivoiser et je reprends cette phrase de Margot Phaneuf qui pour moi signifie beaucoup « ressentir des émotions, c'est vivre. ».

Bibliographie

Ouvrages :

- Beaudichon, J. (1999). *La communication : processus, formes et applications*. Paris : Armand Colin.
- 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.
- Manoukian, A., Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné*. (2è ed.). Montréal : Chenelière Education.
- Prayez, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin* (2è ed.). France : Editions Lamarre.
- Prayez, P. (2016). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Paris : Editions Lamarre.

Support électronique

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, [en ligne], disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>, [15 Décembre 2019]
- CHATEL Tanguy, Ethique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement, [en ligne], 2012, disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00707121/document>, [7 avril 2020]
- ROMAN-RAMOS Valérie Paule, La communication comme élément productif et constructif de la professionnalisation, [en ligne], 2008, disponible sur <http://sciences-croisees.com/N4/roman-ramos.pdf>, [6 février 2019]

Autres sources :

- Soins relationnels, soins palliatifs, Les essentiels en IFSI, Edition Elsevier Masson

Annexes

Table des annexes

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE II : ENTRETIEN N°1	II
ANNEXE III : ENTRETIEN N°2	V
ANNEXE IV : ENTRETIEN N°3 :	XII
ANNEXE V : ENTRETIEN N°4 :	XV
ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	XVIII
ANNEXE VII : DEMANDE AUTORISATION D'ENTRETIEN N°1	XXIII
ANNEXE VIII : DEMANDE AUTORISATION D'ENTRETIEN N°2	XXIV
ANNEXE IX : AUTORISATION ENTRETIEN N°1	XXV
ANNEXE X : AUTORISATION ENTRETIEN N°2	XXVI
ANNEXE XI : AUTORISATION DE DIFFUSION	XXVII

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

Cet entretien est enregistré et anonyme et il reste dans le cadre de ce travail de fin d'étude.

Présentation :

- Pouvez-vous me dire votre âge ?
- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

Questionnement :

- Pouvez-vous me parler d'une situation qui vous a marquée ?
- Qu'est ce qui rend cette situation si particulière à vos yeux ?
- A-t-elle induit un changement dans votre relation soignant-soigné ? Et pourquoi ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant que l'on se sépare ?

L'entretien est à présent terminé. Souhaitez-vous apporter d'autres informations sur le sujet ?

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

ANNEXE II : ENTRETIEN N°1

Infirmière Marguerite en EHPAD.

1 **Quel âge avez-vous ?**

2 J'ai 25 ans (rires).

3 **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

4 Je suis diplômée depuis juillet 2019 donc euh juste un an avant toi... (rires).

5 **Quel est votre parcours professionnel ?**

6 Et mon parcours professionnel donc j'ai été diplômé en Juillet j'ai fait des remplacements en maison de retraite,
7 notamment ici, ensuite j'ai fait tout le mois d'aout en rééducation fonctionnelle et après en septembre j'ai attaqué
8 mon CDI ici dans cette maison de retraite.

9 **Pouvez-vous me parler d'une situation qui vous a marquée ?**

10 Euuuuuuuh récemment, il y a deux semaines, le décès d'un résident en plein covid, donc pas le droit aux visites.
11 Depuis le début du covid on a eu quatre décès, pas covid hein, deux était « surprise », et deux où on voyait que ça
12 n'allait pas, la direction a pris le décision de faire venir la famille pour leur dire au revoir, après c'était très restreint
13 dans le sens où les résidents ont été aussi perturbés, car la famille était en tenue intégrale, charlotte, combinaison,
14 masque etc... donc ils ont plus de difficultés à reconnaître leur proche et puis ça crée forcément une barrière. Ce
15 qui s'est passé c'est que ce résident, la femme a pu le voir plusieurs fois, la famille l'a vue le vendredi et il est
16 décédé le vendredi d'après. La femme a refusé de voir son mari jusqu'à très tard, elle avait accepté avec ses enfants
17 quand ils étaient venus et après elle a refusé mais la veille du décès sa femme a pu le voir. Ce qui m'a surpris c'est
18 qu'elle nous montre que ça va, elle va très bien mais on peut voir qu'en présence de sa famille elle ne va pas bien,
19 il y a énormément de somatisation. Euuuuuh... elle allait très bien et au moment où on lui dit « bon on va voir votre
20 mari, vos enfants sont là » on lui avait pas dit encore qu'il était décédé, elle nous répond qu'il n'y a pas de soucis,
21 elle marche, mais du moment où elle a vu ses enfants elle tenait plus sur ses jambes elle voulait vomir, elle tombait
22 dans les pommes et en fait voila après ce qui était difficile, vu qu'en maison de retraite on a quand même plus
23 tendances à s'attacher aux résidents, qu'un décès en situation d'urgence on s'attache pas forcément. Ici on les
24 connaît plus, on connaît les familles et euh... là heureusement elle a pu dire aurevoir mais elle a failli ne pas
25 pouvoir, mais moi je l'aurai mal vécu si elle n'aurait pas pu lui dire aurevoir car je pense que c'est important pour
26 elle pour pouvoir faire son deuil et comme pour ses enfants, de dire aurevoir à leur père. La situation actuelle fait
27 que c'est compliqué et pour eux il ressemblait plus du tout à ce qu'il était et le fils c'est la première chose qu'il a
28 dit à sa mère « c'est plus papa », alors que pour nous son faciès était bon mais on n'a pas tous le même regard là-
29 dessus...

30 **Donc pour vous qu'est ce qui rend cette situation si particulière ?**

31 L'affect. Pour moi c'était important qu'elle puisse lui dire aurevoir, enfin avec le covid on ferme énormément de
32 chose et on ne se rend pas compte de ce que ça a peut-être de l'importance de pouvoir dire adieu, je pense que si

33 y'a pas d'au revoir on ne peut pas faire son deuil correctement. Euuuuh parce que si y a une suspicion covid, c'est
34 mise en bière immédiate et ils n'ont même pas accès au défunt et je trouve que c'est brutal de dire « bon bah il
35 était dans son lit dans la maison de retraite en chemise de nuit, on ne peut pas lui faire de toilette mortuaire, on le
36 met dans sac et dans le cercueil et il sera comme ça » et pour moi on prend pas soin comme cela d'une personne
37 décédée, rien que pour le respect du défunt... Ce n'est pas comme ça que ça marche...

38 **Est-ce que cette situation a induit un changement dans votre relation soignant-soigné ? Si oui comment et**
39 **si non pourquoi.**

40 Après je suis sensible de nature, donc il y aura des situations qui me chagrineront plus que d'autre. Je sais qu'il
41 faut que j'arrive à faire la part des choses. Mais pour moi être en maison de retraite ça m'est plus difficile de faire
42 la part des choses parce que forcément tu t'attaches au résident, on est là pour les aider et quand ils ne vont pas
43 bien ça nous embête, même si la maison de retraite c'est un mouvoir ils ne vont pas ressortir vivants, on le sait
44 mais qu'ils soient quand même bien à la fin, dans les bonnes conditions... Donc oui moi ça me rassure là-dedans
45 on me disant qu'on a une mauvaise image des maisons de retraite et moi je considère que j'ai la conscience
46 tranquille du moment où on fait bien notre travail, qu'ils sont bien encadrés et qu'on fait le maximum pour les
47 faire partir même ça m'est difficile par moment quand il y a des décès mais je relativise en me disant bon il est
48 décédé mais on lui a offert la meilleure vie jusqu'au bout. Mais après je ne montre pas mes émotions d'un coup
49 j'arrive à être très neutre devant les gens et puis c'est en rentrant chez moi il faut que j'extériorise et après je souffle.
50 Après en situation d'urgence quand je réanime ou autre situation, je me ferme, je ne calcule plus personne je peux
51 être très sèche et directive (rires) et je réfléchis après. Quand une personne décède qu'on n'a pas ramené, j'ai
52 tendance à me remémorer en tête ce que j'ai fait et ce que j'aurai pu faire. Souvent après tu en parles en équipe et
53 non t'as rien fait de mal... et non non y'a pas de raison... Je deviens un robot et après je réfléchis. Mais après sur
54 des personnes que je ne connais pas l'affect, si elle décède ça m'embête mais moins longtemps, je ne la connais
55 pas, y'a pas eu assez de relation pour créer de cet affect... Je pense surtout à la famille... Nous ne sommes pas des
56 Surhomme quand tu ne peux pas tu ne peux pas tu passes la main... Quand tu es EHPAD tu rentres vraiment dans
57 leur intimité. Aux urgences tu ne rentres pas dans leur intimité tu les connais sous un dossier... Ici tu les connais,
58 tu connais la famille, quand ils vont mal tu t'assois tu parles avec eux, pour le coup j'étais enceinte et la moitié me
59 demande comment va ma fille... Pour avoir du relationnel l'ehpad c'est ici ou il y en a le plus. Si quand tu prends
60 un résident en charge a long terme t'es plus impacté, pour moi, puis peut être... tu ne penses pas de la même
61 manière quand tu vas lui faire un soin... Parfois quand nous a on avait des résidents en fin de vie, on te dit oui il
62 faudrait faire ça, bah tu as plus à te dire « attend on va peser le pour et le contre avant de faire ça parce que peut-
63 être il n'en aura pas d'intérêt bénéfique ». Après quelquefois si on a trop d'affect avec lui on va se dire non faut
64 qu'on y arrive faut qu'on le sauve. On aura plus de mal à lâcher prise. S'ils ont des directives anticipées et qu'il
65 ne faut pas réanimer et qu'il fait un arrêt c'est très difficile de se dire « non on ne fait rien » mais pour le soignant
66 c'est frustrant même si on a respecté la volonté du patient. Au début j'avais une petite carapace, peut être
67 maintenant elle est plus forte j'arrive à me détacher des patients, mais après mon caractère fait que je suis peut-
68 être plus impactée émotionnellement que d'autre et c'est pour cela que je pourrai pas travailler dans certains
69 services où il faut être vraiment des machines tout le temps, parce que je sais que j'ai besoin du relationnel et que
70 s'ils ont besoin de discuter cinq minutes je prends ses cinq pour discuter et que je leur dise pas « non là j'ai pas

71 le temps », c'est important pour moi ce côté et on travaille avec l'humain quand même. J'ai besoin du relationnel,
72 les enchaîner les uns après les autres ce n'est pas mon truc. Après revient dans deux ans j'aurai peut-être changé
73 ma gestion des choses (rires)

74 **Souhaitez-vous rajouter quelque chose avant qu'on termine l'entretien ?**

75 Oui... (rires) J'essaie quand même de mettre une certaine distance, parce que quand je rentre chez moi il faut que
76 je coupe. Et on en parle entre nous, on est en binôme, deux infirmières, ou même après on le voit si y'en a qui est
77 moins à l'aise avec la situation on se passe la main, on s'entraide. Puis à la maison quand ça ne va pas, tu ne peux
78 pas « laisser au vestiaire » comme on dit, puis cette phrase est dure... Tu rentres t'as travaillé pendant onze heures
79 ne t'as pas vu ton copain pendant onze heures, tu racontes ta journée dans les grandes lignes je ne me vois pas ne
80 rien dire du tout... C'est un équilibre à avoir je pense (rires). Pour finir et bien je te souhaite bon courage pour la
81 suite et j'espère avoir répondu correctement à tes questions (rires)

ANNEXE III : ENTRETIEN N°2

Infirmière Jonquille

1 **Quel âge avez-vous ? Et depuis quand êtes-vous infirmière ?**

2 J'ai 40 ans et ça fait 14 ans que je suis infirmière en neurologie.

3 **Pouvez-vous me parler d'une situation qui vous a émotionnellement marqué ?**

4 Euh... ça y est. C'est bon. J'en ai une. (Hésitation) C'est une dame âgée là pour suspicion d'AVC, qui n'est pas
5 touchée outre mesure, c'est-à-dire qu'elle est valide, pas de déficit mental. On va dire qu'elle n'avait pratiquement
6 rien, peut-être même un AIT. En tout cas elle avait déjà fait un épisode qui n'avait pas été exploré quelque année
7 auparavant. Et là elle devait être scopé, avoir les examens de bases. Et donc j'explique à cette dame, donc qui était,
8 âgée, peut-être dans les 80 ans mais un bon standing social qui était mariée (hésitation). Et donc cette dame, je lui
9 explique pourquoi elle doit être scopée. Il me semble qu'elle avait un intellect conservé, elle comprend ce que je
10 lui dis. Mais un petit peu plus tard, je détecte qu'elle doit avoir des petits trucs cognitifs parce qu'elle fait répéter
11 ou, vulgairement on va dire, elle radote. Elle reparle de son expérience, de sa vie plusieurs fois à la même personne.
12 Et donc je suspecte ça mais rien de grave. Je discute avec elle. Je fais comme d'habitude, je lui explique le pourquoi
13 on fait ces examens, pourquoi je dois la scoper, qu'est-ce qu'on suspecte chez elle, etc. Et cette dame, comme elle
14 me fait répéter, alors que je pensais qu'elle avait cet intellect conservé donc comment dire ? C'est un peu comme
15 si je me faisais avoir, tu vois ? Cette dame je ne sais pas comment dire médicalement. Elle, je me suis faite avoir.
16 Je me suis faite avoir dans mon professionnalisme. Je me suis faite avoir. En fait, elle s'est énervée contre moi en
17 deux jours, en m'accusant de la traiter comme une idiote alors que j'avais compris qu'elle avait des trucs cognitifs,
18 elle non, et du coup, elle m'est rentrée dedans quoi. Et du coup, ça m'a beaucoup touché et je me suis défendue
19 alors que je n'aurais pas dû.

20 **Oui, c'est-à-dire, vous vous êtes défendue comment ?**

21 Donc, en fait, cette dame. Je ne sais pas comment t'expliquer. Tu vois même quand tu as de l'expérience, surtout
22 si tu es quelqu'un de sensible, comme moi, en l'occurrence. J'ai été perdue dans mon diagnostic de troubles
23 cognitifs, ou de personnalité de la dame. Et je me suis laissée toucher par ses accusations. Ça m'a mis à mal dans
24 mon métier et ça m'a mis à mal dans ma personnalité à moi, dans mon être à moi. C'est-à-dire que ça m'a, je me
25 suis senti fautive, d'être... Comment dire ? J'ai été un peu virulente avec la dame en me défendant. Et elle, elle me
26 le dit. Et comme d'habitude quand on a des situations comme ça, on a des gens qui sont en détresse et il ne faut
27 pas... plus que... Comment dire ? Il ne faut pas altérer encore plus, il ne faut pas..., blâmer encore plus. Alors que
28 là, la psychologue du service est allée la voir et a détecté que c'était une manipulatrice. Dans la fin de l'histoire du
29 couple par exemple, c'était une dame qui ne vivait plus avec son mari alors qu'elle disait qu'elle avait un mari. Le
30 mari subvenait... Euh non, c'était elle qui avait de l'argent et le mari ne pouvait pas partir et elle le tenait comme
31 ça, et elle le ... Elle était très dans le... C'était une personnalité complexe avec de la manipulation. Seulement moi
32 ça, je l'ai su qu'après. Et du coup ce que j'ai ressenti quand même n'était pas pour autant faux, n'était pas... Fin
33 je l'ai vraiment ressenti. Je n'avais pas d'excuse sur ce que j'avais ressenti ni à la situation. Voilà.

34 **Et du coup, ma question d'après c'était « qu'est-ce qui y a rendu la situation particulière à vos yeux ?**

35 Oui (rires). C'est-à-dire qu'en fait... Oui ? Bin continue parce qu'autant après, ne t'inquiète pas je reviendrais sur
36 ta première question.

37 **Du coup, est-ce que cette situation a induit un changement dans votre relation soignant/soigné ? Et pourquoi**
38 **?**

39 Alors, déjà avec cette personne... Cette personne c'est compliqué parce que quand tu as été un peu accusée, quand
40 tu as été un peu mis à mal... C'est un peu difficile d'y retourner. Parce qu'elle on va partir du principe qu'elle
41 avait une personnalité pathologique. Mais... Après ce n'est pas une excuse que je me cherche (rires). Il y a d'autres
42 personnes avec qui ça se passe mal, parce que on est des humains... Je me l'explique comme ça. Parce qu'on a
43 trop tendance à croire qu'une infirmière... Finalement, notre métier qui se veut très humain... On a l'impression
44 qu'on agit comme des robots, c'est-à-dire être en face des gens de manière égale sans montrer nos sentiments à
45 nous... et... en permettant tous sentiments aux patients... Donc sentiments... on va dire comportements, agressions,
46 détresse, tous ce que tu veux. Et nous il faudrait... qu'on soit imperturbables alors qu'en fait on est quand même
47 des êtres humains, on peut même rentrer en contact avec un patient déjà avec nos propres problèmes. Alors oui,
48 les problèmes il faut les laisser aux vestiaires mais ça c'est facile à dire et pas facile à faire. Après on a aussi, peut-
49 être pas de problèmes du tout à la maison mais suffit qu'on ait été contrarié par un patient et que l'autre en subisse
50 les conséquences. On est quand même des êtres humains. En tout cas, moi maintenant avec ma petite expérience,
51 ma petite carrière. Avant, je ne me l'autorisais pas du tout, jeune infirmière je ne l'autorisais pas du tout. Et
52 maintenant, je commence à comprendre que si, on est des êtres humains, et que oui on a le droit aussi d'interagir
53 avec le patient de manière humaine. Voilà. Parce que c'est stupide de penser le contraire, de penser qu'on est des
54 robots. En fait, on te fait croire, comme je te le disais tout à l'heure, que c'est un métier humain alors qu'on te
55 demande d'être ni plus ni moins que quelqu'un sans émotions. Ce n'est pas, ce n'est pas possible. Donc après c'est
56 vrai que, si t'as quelqu'un qui est face à une fin de vie. Je me suis... Je me suis contenue, je me dis « Jonquille ce
57 n'est pas ton chagrin. Tu dois d'ailleurs être là pour épauler les gens. Ils doivent pouvoir compter sur toi au cas où
58 il est un gros problème qui se passe donc ne fais pas intervenir ta sensibilité. Ma sensibilité ne servira qu'à
59 comprendre, à montrer à la personne par mon comportement, qu'il n'y a pas que les mots qui comptent. Il y a aussi
60 l'attitude qu'on a, pour que la personne soit en confiance, pour qu'elle puisse se confier, lâcher des choses ou être
61 apaisée par les derniers moments qu'ils vivent avec cette personne. Enfin voilà, pleins de choses... C'est quelque
62 chose comme ça, de l'impalpable qui fait que. En tout cas, il n'y a pas de recette. C'est arrivé avec moi ce jour-là,
63 ça aurait pu arriver avec quelqu'un d'autre un autre jour. Il y a quelque chose et ça permet ce genre de confiance.
64 Quand par contre, on n'est pas bien, ou une parole de travers, et qu'on est quelqu'un de sensible, qu'on se laisse
65 toucher par les mots, par les actes. Et bien, on peut avoir des paroles, en tout cas c'est mon cas, ou des fois des
66 comportements qui ne sont pas tolérés dans notre métier, mais qui le sont quand même parce que moi je considère
67 que je suis humaine et si on m'attaque ça me fait mal et voilà.

68 **Oui, vous vous défendez comme vous pouvez.**

69 Bin c'est très dur quand même. Heureusement que dans ce métier on ne nous permet pas de tout dire et de tout
70 ressentir parce que sinon ce serait terrible parce qu'on a affaire à la détresse, à la maladie, la souffrance, le chagrin,
71 ... fin c'est trop de choses. Heureusement qu'on ne nous permet pas de le faire, après y en a certaines qui se le
72 permettent et d'autres qui ne peuvent pas faire autrement (rire).

73 **Du coup, la situation que vous m'avez racontée au début n'a pas forcément changé votre prise en charge ?**

74 Bin tu vois, déjà je m'en souviens toujours. La psychologue m'a beaucoup aidé. Elle m'a abordé en me disant que
75 c'était des gens qui pouvaient faire du mal, donc il fallait... me connaissant comme moi je suis sensible, il fallait
76 que je me préserve de ce genre de chose. Donc maintenant, j'ai encore un peu plus aiguisé mon observation pour
77 repérer des personnes de ce types-là. D'ailleurs, j'en avais une hier et avant-hier. Un monsieur, du coup j'ai coupé
78 court à la conversation et ça m'a beaucoup aidé et j'étais d'ailleurs très contente d'avoir pu faire ce genre de chose
79 grâce à cette expérience. Un monsieur qui d'ambler m'a, ce n'est pas agressive le mot, c'est d'ambler... m'a mise
80 en porte à faux et là j'ai repéré tout de suite que ça pouvait être une situation conflictuelle si jamais je me laissais,
81 je laissais mes sentiments partir. Donc je me suis dit « non, rappelle-toi la dame », j'ai coupé, je me suis dit « ne
82 te laisse embarquer là-dedans », et je pense que ça a aidé les deux, le patient et moi parce que sinon le patient il
83 serait parti très très très très haut et moi aussi avec. Ça aurait été catastrophique. Ça n'aide personne au final, et
84 vivre des expériences de ce type, si tu es ce genre de personnes à te remettre en question, forcément ça t'aide à ne
85 pas les revivre et ça t'aide à évoluer en toi-même et avec ton métier aussi. On va dire oui ça m'a aidé, mais ça m'a
86 aidé parce que je l'ai voulu. J'ai eu beaucoup de soucis de conflit moi parce que je suis hypersensible et tout peut
87 me toucher. Après j'ai quand même décidé de garder m'a sensibilité parce que quand j'étais jeune, je voulais à
88 tout prix... je voulais faire une psychothérapie, je voulais qu'on m'enlève cette sensibilité qui fait que je ressens
89 des choses qui me font du mal. Quand t'as quelqu'un en face de toi qui souffre, tu souffres, quand t'as quelqu'un
90 qui a mal, tu as mal. Fin c'est quand même terrible, et j'ai appris à vivre avec et c'est très bien comme ça.
91 Maintenant, je veux plus m'en séparer. Ça me joue encore des coups de ****, des petits coups d'être touchée très
92 fort par des choses mais je pense que ma pratique n'en est que plus belle parce que pour quelqu'un qui m'a
93 beaucoup touché, le suivant qui est un peu dans la même situation, je vais être plus attentive à certaine chose, je
94 vais anticiper des besoins, je vais... voilà, tu vois ? Parce que j'ai été touché par une autre personne dans la même
95 situation.

96 **Je n'ai plus de question. Vous avez quelques choses à rajouter ?**

97 Pourquoi tu as choisi ce thème ?

98 **Parce que je suis un peu comme vous, c'est pour ça que vous ai choisi en appelant, parce que je savais**
99 **directement que je voulais vous interroger, on a un peu le même caractère je trouve. J'ai l'impression qu'on**
100 **vit pareil les émotions que l'autre va vivre, je vais me les approprier un peu en quelque sorte. Ça c'est ce**
101 **qui revenait le plus souvent dans mes stages, c'est pour ça que j'ai choisi mon mémoire sur la gestion des**
102 **émotions et de comprendre...**

103

104 On peut se demander est-ce qu'il faut vraiment les gérer nos émotions, tu vois... Il y a des fois, maintenant, alors...
105 Il y a le truc... Effectivement demander notre âge et depuis quand on est infirmière c'est très important, parce qu'il
106 y a la maturité. En tout cas, ce que je peux te dire, c'est que je suis plus la même aujourd'hui que quand j'ai
107 commencé. Ce que je peux te dire, c'est que dans mon métier, j'ai appris à apprivoiser mes émotions, alors que
108 dans la vie de tous les jours, pas du tout. Que quand j'ai commencé, j'étais très à fleur de peau, j'ai eu pleuré
109 plusieurs fois au WC, j'ai eu pleuré même une fois, en face d'une famille. Je crois que c'est ce jour là où je me
110 suis dit « ce chagrin n'est pas le tien ». Ce jour-là, je me suis dit ça. J'ai appris alors... J'ai banni tous les mots :
111 s'endurcir, se faire une carapace... je ne veux pas faire ça, je veux vivre mon métier jusqu'à la fin en ressentant les
112 choses. Mais par contre, il faut qu'elles aient une place. En tout cas, gérer les émotions ça veut dire ça : les avoir
113 au bon moment... Peut-être aussi, parler du langage corporel parce que le langage corporel c'est quelque chose de
114 très important. Tu sais que sur le visage se lit, d'ailleurs c'est comme ça les empathiques ressentent les choses, ils
115 vont voir les expressions sur le visage des autres, ils vont se les approprier, c'est comme ça qu'on ressent les choses
116 même si ce n'est pas dit. Donc, le langage corporel est très important. Ce qui est très embêtant là, c'est en ayant le
117 masque. Ça fausse beaucoup de choses je trouve, d'avoir un masque, de pas voir le visage de la personne. On voit
118 les yeux mais on ne voit pas le reste, c'est très particulier. Moi en plus, quand je parle aux gens, je regarde leur
119 bouche. Je regarde rarement leurs yeux. C'est très handicapant pour repérer les émotions des gens, il y a plus que
120 le timbre de la voix, il y a plus que l'inclinaison de la tête, des choses comme ça. Alors je le fais sans m'en rendre
121 compte, là je le décris mais en vrai on ne doit pas s'en rendre compte. Mais ça te permet de repérer des choses
122 chez gens que tu as en face. Et toi, ça te permet de transmettre des émotions qui permettront aux gens d'être
123 apaisés, d'avoir confiance en toi, ou au contraire, c'est ce qui les mettra en rogne ou autres. C'est sûr. Mais c'est
124 humain. En fait, c'est humain putain. C'est humain. C'est le robot et l'humain. La différence c'est les émotions.
125 Fin, moi j'en ai fini de culpabiliser avec mon ressenti face aux gens. Parce qu'on te dit trop que quand tu rentres à
126 l'hôpital, t'es émotions niania au placard, tes problèmes au placard, t'es là tu dois déambuler dans les couloirs,
127 distribuer des médicaments et quoi, avoir un masque carrément, on pourrait se mettre un masque sur la gueule et
128 puis on fait notre job, on appuie sur un bouton pour dire « vous allez bien, vous allez mal ? » et on ressort. Pas vrai
129 ? Bon et bin non, c'est pas ça le job. Ce n'est pas ça. C'est arriver avec ton ressenti, tes émotions, ton observation
130 et interagir. Même tu prends plusieurs infirmières tu peux leur faire dire la même phrase au même patient et bin il
131 va y avoir... les phrases qui vont suivre ne vont pas être les mêmes parce que tout le monde va réagir différemment
132 à ce qui va être dit par le patient : est-ce qu'il va s'asseoir au moment où il va le dire ? Est-ce qu'il va rester debout
133 les bras croisés ? Est-ce qu'il va froncer les sourcils ? Est-ce qu'il va pleurer ? Rien que ça, ça va déterminer tous
134 notre ressenti, donc les émotions, elles sont... C'est essentiel. C'est essentiel. C'est essentiel. Je ne sais pas.
135 Comment on pourrait faire autrement. Est-ce que par exemple si on prend deux métiers différents, on en prend un,
136 un gars qui fait de la logistique derrière un ordinateur, dans son bureau, dans un open space avec pleins de gens.
137 Est-ce que c'est aussi important d'avoir des émotions et de tout ça ? Bin non. On est d'accord ? Il les aura avec sa
138 femme et ses enfants et puis point. Le reste avec ses potes en buvant une bière et devant son ordi, il n'en aura pas
139 besoin. Nous on travaille avec gens. On en a besoin. Puis on en a besoin pour ressentir des choses aussi positives
140 parce que des choses négatives vu ce qu'on fait comme métier. On verrait que du malheur. Là aujourd'hui, je dois
141 recevoir l'épouse d'un patient qui est fin de vie apparemment... à mon avis.... Tu vois, quelque part tu te dis c'est
142 terrible, tu te dis ça va être une émotion négative et bin je m'attends à être au contraire heureuse de pouvoir réunir

143 le patient et son épouse. J'essaie de faire une faction du pourquoi ils ont le droit de se voir. Il a un glioblastome,
144 tumeur cérébrale, mais voilà. Ça va être un beau moment. Ça va être un beau moment. En tout cas, on va tout faire
145 pour. Là, je pense que c'est ma manière de vouloir voir les choses. Ça c'est ma personnalité à moi. C'est ma
146 manière de voir... moi, je suis quelqu'un de... je suis pour positiver chaque événement mauvais. Il m'arrive un
147 accident, ça se trouve c'est un beau gosse qui me renverse, tu vois ? (rires), c'est une c*nnerie mais c'est... En fait
148 derrière il y a un truc bien... j'ai un accident, ça se trouve ou par exemple t'arrive en retard quelque part, tu rates
149 ton rendez-vous, c'est pour un truc meilleur. Tu envisages une maison, elle te passe sous le nez bin c'est qu'après
150 ça se trouve c'est encore plus celle de tes rêves. A chaque événement mauvais, il y doit y avoir quelque chose de
151 bon derrière. Y a quelque chose de forcément... Je suis comme ça donc, je pense que c'est ma façon de vouloir
152 voir les choses. Mon expérience elle me vaut d'être plus confiante des choses, de les évaluer, de les repérer, d'en
153 être consciente, de les évaluer, d'en être contente ou pas. Si je n'en suis pas contente, de pouvoir les réguler à
154 nouveau. Avant, je n'en étais pas consciente mais je vivais tout. Je m'en prenais plein la gueule, je prenais tout en
155 pleine face, voilà, c'était la tempête. Maintenant je suis plus posée, je repère les choses et je les manipule un petit
156 peu plus. Tu vois ? Voilà. Je suis plus sereine. Ça m'arrive encore, comme je t'ai raconté, je m'en suis pris plein
157 la gueule. Mais ça fait ressortir des choses quand même. C'est beau, c'est bien quand même, ça fait du bien. On
158 est vivant. On est des gens avec des émotions. Par exemple, si on me donnait le choix « Jonquille, soit tu restes
159 comme ça, c'est-à-dire que tu ressens tout et tu t'en prend plein la gueule, soit on te donne la possibilité de rien
160 ressentir bin alors c'est sûr que le malheur tu ne le ressentiras pas, mais tu ne ressentiras rien. Tu choisis quoi toi
161 ?

162 **La première.**

163 Et oui. Pareil. C'est obligé. C'est obligé. Je préfère cent fois ressentir les choses que de ne pas les ressentir du tout
164 même si on ne souffrait pas. C'est obligé. Voilà.

165 **Après, s'il n'y a pas non plus la souffrance, on ne peut pas... On ne ressent pas les bons moments de la**
166 **même manière.**

167 Exactement. Tu ne les apprécies pas de la même manière. Complètement. Complètement. Tu vois, le monsieur
168 dont je te parle c'est un monsieur voilà qui est en souffrance et là il va vivre un bon moment qu'il attend depuis
169 très longtemps et... bon je n'y suis pour rien mais... tu vois, je ne le vois même pas mais rien que de savoir que
170 ça va arriver je suis déjà heureuse. C'est...Et pourtant le début, l'origine, c'est la souffrance... mais bon, on
171 pourrait choisir de ne pas voir le bonheur et se dire « olala, il souffre, oui mais il va voir sa femme, oui mais c'est
172 parce qu'il est en fin de vie qu'il va la voir ». olala, j'aimerais pas être quelqu'un comme ça.

173 Mais, il y a la maturité qui rentre en compte, tu vas voir. Ne t'en fais pas sur ta manière de ressentir les choses
174 maintenant. Petit à petit, tu apprivoiseras et au final après ça te fera, tout te fera du bien. Quand... même le mauvais,
175 ça fait du bien à un moment. L'important c'est de pas regretter son acte. Voilà. C'est ce que je vise. Ce n'est pas
176 regretter d'avoir parlé mal à quelqu'un, de pas regretter de mettre emporter. Même si en revoyant la chose, je ne
177 pense pas pouvoir vraiment faire autrement. Il y a toujours moyen d'analyser, alors après il ne faut pas se flageller,
178 parce que quand tu analyses, tu peux toujours faire différemment, le problème c'est que quand tu vis la situation,

179 bin tu ne peux pas mettre sur pause « attendez, je réfléchis un petit coup et je me reconcentre et puis... ». Non, non
180 tu ne peux pas faire ça. Sur le coup de l'émotion, c'est l'émotion qui parle. La passion de ce que t'as dans le cœur
181 qui parle de suite. La maturité elle fait que tu anticipes déjà ta propre façon de vivre les choses et que tu seras plus
182 posée. Je vise encore ça, je n'y suis pas encore. Mais c'est tous ce que je te souhaite, tu verras. Mais quand on te
183 regarde, on a la sensation que tu es quelqu'un de posée et de réfléchi. Je sais comment tu travailles et tu es une
184 personne qui certes prend les choses à cœur mais dans le bon sens. Tu sais prendre les remarques et apprendre de
185 tes erreurs et aller de l'avant. Tu aimes ce que tu fais. Déjà ça t'aide, tu seras moins... tu induiras moins
186 l'agressivité en face de toi. Tu vois ce que je veux dire ? Hein voilà (rires)

187 Tu n'as rien à redemander ?

188 **Vous avez tout dit. Pour moi, ça me va.**

189 Après voilà, comme je t'ai dit tout à l'heure, ça aurait pu partir dans un autre sens. J'aurais pu choisir une autre
190 situation et te parler complètement d'autre chose, certainement vaste. Les émotions, ce n'est pas la personne. Tu
191 ne l'auras pas ton remerciement. Il faut se donner du mal, il faut être consciente au plus haut point, au plus haut
192 point, en te disant, tu ne dois pas parler comme Dr House et te permettre de dire tous ce que t'as sur le cœur. Non,
193 tu ne peux pas faire ça. Comme ça si jamais, bin il y a une situation qui déborde et que t'es obligée de le faire et
194 bin ça sera quand même fait d'une manière la plus maîtrisée possible. C'est un peu comme apprendre à manipuler
195 les robinets avec des compresses pour avoir conscience du niveau d'asepsie qu'il faut avoir, le jour où tu ne prends
196 plus les compresses c'est parce que tu maîtrises parfaitement et que, bien sûr, tu ne vas pas mettre tes doigts parce
197 que tu as léché, passé dans tes cheveux, au niveau des yeux et après mis le robinet. Tu vois ce que je veux dire ?
198 Voilà, après apprendre au plus haut pour que si tu diminues un peu, ce soit quand même raisonnable. Voilà. La
199 distance il faut l'avoir. P*tain, si tu savais comme j'aime les gens, si jamais je n'avais pas cette distance. Je serais
200 en train de papouiller tout le monde et là je serais plus professionnelle du tout. Je serais plus professionnelle. Et
201 puis, j'ai besoin de distance moi aussi. Il y a des gens, ils te touchent à mort. Il y a des...olala... Parce contre, tu
202 vois, il y a des gens que j'ai embrassé. Il y a des gens que je me suis permise d'embrasser. Il y a des gens, quand
203 ils sont partis je leur ai demandé si je pouvais les embrasser et ils m'ont dit oui, et je leur ai fait la bise, je leur ai
204 pris le visage dans mes mains. Il y a une dame, il n'y a pas longtemps, j'ai eu sa fille qui ne pouvait pas la voir
205 puisque qu'il y avait le confinement. « Oh mais je suis son bébé, elle m'appelle toujours son bébé, on est sept
206 enfants, je suis la dernière, faites-lui un gros bisou de son bébé ». Je suis allée voir la dame, je lui ai dit « vous
207 avez un gros bisou de votre bébé ». Elle s'est mise à pleurer. Je l'ai prise dans mes bras comme si j'étais sa fille
208 qu'elle devait serer dans ses bras. Je ne me suis pas approprié la chose mais il y avait un besoin de la part de la
209 personne et c'était juste ce que j'ai fait. Ce n'était pas moi toute seule, pour moi, nianiania, comme ça, ... La dame
210 que j'ai embrassée quand elle est partie, c'est parce qu'on avait une relation particulière. Ce n'était pas moi, parce
211 que je suis neuneu et que j'embrasse tout le monde. Pour tout le monde il y a distance parce que... Par exemple,
212 j'ai une jeune fille de 16 ans. Elle est toute mimi, elle est tout machin. Tu as tout le temps envie de la prendre dans
213 tes bras et de la chouchouter. Il y a sa mère, elle doit voir une professionnelle. Elle doit pouvoir compter sur moi.
214 Si on est trop proche... Imagine, tu soignes ta maman, tu vas faire n'importe quoi. Parce que les émotions vont
215 prendre le dessus, donc la distance elle est là pour ça. On est plus capable de rien si on a un trop de... si l'émotion

216 qu'on ressent tout seul et partagée avec le patient. On a plus de... Je pense qu'on manque de professionnalisme
217 voilà. Le professionnel qui sera capable de masquer, d'arracher des trucs, de dégager des choses, de perfuser un
218 moment où le patient il a la bouche ouverte, les yeux écarquiller en train de mourir, et que... Celui qui fait ça, c'est
219 parce qu'il a mis de côté ses émotions.

220 Un truc très important, copiner avec tous les patients... Et puis, je ne pense pas que le patient veuille non plus. Le
221 patient, il a besoin de compter sur toi. S'il est trop proche, à un moment, il le fera plus : te demander de faire pleins
222 de choses. Il osera plus te dire que ça ne va pas, il ne voudra pas te faire de peine, il ne voudra pas si, il ne voudra
223 pas ça. Et puis, il n'a pas besoin d'un copain mais d'un professionnel. Être agréable avec des gens, faire en sorte
224 qu'il est confiance par rapport à ton savoir, à tes gestes, ton attitude alors ça ne veut pas dire : je me plante devant
225 et je croise les bras et je fais style que je suis la connaissance et que je suis plus forte et que tout ça. Au contraire,
226 tu t'assoies... tu t'assoies... tu peux... Voilà, montrer que tu es à sa hauteur, que tu comprends, que voilà. Mais
227 c'est un professionnel qu'il a en face de lui. Voilà. Quand ça ne va pas par exemple, quand ça ne va vraiment pas,
228 est-ce que tu veux accabler tes parents, tes proches, tes amis ou d'un professionnel qui en aura... qui voilà, qui va
229 t'entendre, qui va t'écouter mais qui ne sera pas toucher dans sa chair par ce que tu dis. Fin ce genre de chose. Tu
230 vois ? Donc la distance, ne te défend pas contre ça, prend la, c'est très important. Avoir de la distance avec les
231 patients ou les familles c'est très important. Après c'est une distance dans ta tête, parce qu'on touche les gens hein
232 et de très près. Il n'y a pas de bonne distance comme je t'ai dit. Prendre quelqu'un dans ses bras peut-être, ça, ça
233 vient aussi avec la maturité de la profession. Si tu le fais d'ambler, peut-être que tu seras un peu bizarre. Tu sais à
234 quel moment tu peux t'autoriser ce genre de chose, c'est différent. D'accord ? Après, c'est ma façon de voir les
235 choses hein. Tu te feras ta propre expérience. Ne t'inquiète pas, ça va démarrer très vite. Allez, je vais devoir te
236 laisser. J'espère que ça aura pu t'aider (rires)

237 **Merci beaucoup en tout cas.**

238 Merci encore plus à toi.

ANNEXE IV : ENTRETIEN N°3 :

Infirmière Lilas en EHPAD

1 **Quel âge avez-vous ?**

2 Alors, j'ai 40 ans.

3 **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

4 Je suis diplômée depuis 4 ans

5 **Quel est votre parcours professionnel ?**

6 Avant je travaillais en hôtellerie puis quand j'ai eu mon diplôme j'ai directement travaillé ici.

7 **Pouvez vous me parler d'une situation qui vous a marqué ?**

8 Alors je me souviens, au tout début où j'ai travaillé ici, euh... j'avais des problème avec une résidente qui est
9 encore ici, ou chaque matin quand je lui ai donné ses traitements ou je lui prenais la tension, elle me mettait en
10 échec, c'est à dire elle était pas contente de me voir, elle soufflait, elle râlait, elle était tout le temps derrière moi,
11 à vérifier si j'avais donné le bon nombre de médicaments si c'était les bons médicaments, si j'avais bien pris la
12 tension, fin bon y'avait quelque part un manque de confiance donc c'est vrai c'était ma première prise de poste,
13 donc c'est toujours délicat de prendre confiance en soi en temps qu'infirmière. Et baaaaah cette situation a continué
14 jusqu'au où j'arrive et je lui demande comment vous allez aujourd'hui Madame et elle me répond « baaaah comme
15 d'habitude hein. Ça ne va pas » sèchement. Et je lui ai répondu du tac au tac « j'espère que ce n'est pas à cause de
16 moi que ça ne va pas ». Elle n'a rien dit j'ai continué à faire comme chaque matin à lui donner ses traitements,
17 prendre sa tension tout ça ; Et le lendemain quand je suis arrivée elle m'a dit que ça allait et s'est créer une autre
18 relation basée sur la confiance, et moins sur le jugement et la suspicion. C'est vraiment une confiance on discute,
19 on papote, et à une époque là tu viens sur un lieu de stage en période de confinement, mais avant elle fumait et
20 moi aussi et le matin on allait fumer ensemble. Maintenant on a une relation riche. Peut-être parce que j'ai mis le
21 cadre, j'ai recadré, parce que bon bien qu'on soit soignant on n'est pas là pour tout accepter et il faut savoir aussi
22 à certain moment mettre le cadre. On est là pour les aider et pas pour se faire insulter, rabaisser, mais c'est recadrer
23 avec humour et gentillesse pas violemment. Surtout dans un lieu de vie comme celui-ci on est là pour les aider et
24 pas là pour faire à leur place... Il y a le côté curatif, éducatif et aussi palliatifs... et euh donc voilà on n'est pas là
25 pour tout accepter.

26 **Et du coup, pour vous qu'est ce qui rend cette situation si particulière ?**

27 Alors j'ai choisi cette situation parce que justement le fait d'avoir mis des limites, parce que comme je t'ai dit je
28 l'ai fait tout en douceur, je l'ai juste mis face à son attitude vis-à-vis de moi, cela a permis justement de se créer
29 une vraie relation et une alliance thérapeutique par la suite.

30 **Est-ce que situation a induit un changement dans votre relation soignée ?**

31 Ah bah oui alors oui parce que cela m'a permis de prendre confiance en moi et de m'apercevoir que très souvent
32 quand on dit les choses le plus simplement du monde, ça peut débloquent certaines situations délicates où les gens
33 peuvent mal prendre les choses en disant simplement mais qu'est ce qui se passe là ? Ou quelquefois ça peut
34 bloquer par rapport ne serait-ce qu'à des administrations de traitements ou quoi, donc cette confiance-là est
35 primordiale pour soigner correctement.

36 Puiiiiiiiiiis... Les émotions ne restent pas au placard parce que nous sommes des humains travaillant avec des
37 humains. Moi je trouve aberrant de dire que les émotions doivent rester au placard parce que par définition on a
38 tous des émotions. En revanche, ce ne sont ni des amis ni des membres de ma famille. Alors il y a des gens ou j'ai
39 plus d'affinité, avec qui je vais discuter plus facilement que d'autre mais ça reste professionnel, c'est la barrière.
40 Je sépare ma vie professionnelle et ma vie personnelle, il y a une dissociation entre les deux. Pourtant y'a des gens
41 que je connais depuis que je suis là donc ça fait quatre ans et pourtant je pense qu'ils ne savent quasiment rien de
42 ma vie, je suis sûre qu'il y a beaucoup de résidents qui ne savent même pas que j'ai des enfants. C'est une façon
43 pour moi aussi de me préserver et euh... après par le vouvoiement, par le fait de les appeler par leurs noms de
44 famille, pleins de choses qui font qu'il y a des barrières.

45 **Souhaitez vous ajouter quelque avant que l'on se sépare ?**

46 Oui... Alors je pense que c'est important de mettre des barrières pour se préserver nous mais aussi les préserver
47 eux, parce que quand il y a beaucoup d'affect qui rentre dans cette relation/soignant soigné, on peut passer à côté
48 de certains symptômes tu comprends ? On peut ne pas avoir cet œil clinique qu'on aura quand tu vas rentrer dans
49 la chambre si y a pas cet affect, passer à côté de quelque chose et quand il y a trop d'affect je ne suis pas sûre que
50 certains actes techniques on pourrait les faire parce qu'ils sont très invasifs.

51 **Par rapport à vous ou par rapport au résident ?**

52 Oui par rapport à moi, c'est comme si je soignais quelqu'un de ma famille, et pour moi c'est compliqué même de
53 faire juste un vaccin à un membre de ma famille alors que j'en fais 90 chaque année (rires). C'est très dur mais
54 d'un côté si je n'avais pas de sentiments je ne pourrais pas faire ce métier. C'est un équilibre... très mince... et faut
55 arriver à le trouver... surtout qu'ici c'est un lieu de vie mais c'est leur dernier lieu de vie généralement alors on
56 est vraiment là pour les accompagner au mieux. Mon caractère, mon tempérament fait que je suis comme ça aussi...
57 C'est ce qui m'aide à relativiser et à gérer. Notamment dans la gestion des fins de vie... Moi je pars du principe
58 qu'on va tous mourir et que j'essai de leur apporter le meilleur accompagnement et que ce soit serein. Dans notre
59 culture, la mort c'est super triste et il y a un côté de fatalité « oh elle est morte. » peut être moins chez les personnes
60 âgées alors que euh... dans euh... Dans certaine religion c'est un moment de fête, c'est une nouvelle vie qui
61 commence et je pense vraiment qu'on est là pour que ce passage se passe au mieux... J'ai vécu des fins de vie
62 fabuleuses où j'en garde des émotions très positives, où cela s'est passé très sereinement où on les a accompagnés
63 on était là... Après pour moi il y a deux types de fin de vie. Il y a la fin de vie où la personne s'éteint petit à petit
64 parce qu'on l'accompagne, et la fin de vie ou ce n'était pas prévu à cause d'un accident, dans l'urgence, et quand
65 ça survient, tu as toujours cette culpabilité d'être passé à côté de quelque chose parce que t'es là quand même pour
66 essayer de les maintenir en vie et malheureusement ça ne suit pas, il y a cette résignation là mais je pense que c'est

67 parce que c'est dans l'urgence. Il n'y a pas que les fins de vie... pas programmées mais voilà, tu les accompagne,
68 tu mets les huiles essentielles tu y vas, tu les masses, tu vas leur dire bonjour leur parler tu vas les toucher, les
69 caresser et ils partent comme cela, entourés ou non de leur famille mais de manière apaisée. Alors que dans
70 l'urgence tu ne peux pas faire tout ça. Je pense qu'on a un peu dérivé (rires)... Mais voilà... (rires)... tu fais des
71 soins hyper intrusifs, douloureux comme les soins escarres, mais oui que tu prends en compte la douleur mais tu
72 ne peux pas souffrir à sa place, et je pense que l'épuisement de beaucoup de soignant est causé par ça... Mais faut
73 continuer à comprendre les gens pourquoi ils réagissent comme ça et pas comme ça parce que les mécanismes de
74 défenses y'en a beaucoup qui en ont et y'en a qui te touche... Mais je pense qu'il y a une différence entre la
75 compassion et l'empathie elle est très fine mais il faut la comprendre pour réussir à se protéger tout en restant dans
76 une bonne prise en charge car sinon on s'épuise nous-même et ce sont les patients qui en paient les frais après,
77 c'est une notion très importante. Mais ne t'inquiète pas tu réussiras à trouver cet équilibre (rires).

78 **Merci beaucoup de m'avoir accordé de votre temps, passez une bonne journée et bon courage à vous.**

ANNEXE V : ENTRETIEN N°4 :

Infirmière Violette.

1 **Quel âge avez-vous ?**

2 Alors j'ai 26 ans (rires)

3 **Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

4 Je suis diplômée en juillet 2017 ça fait presque trois ans.

5 **Quel est votre parcours professionnel ?**

6 En sortant de l'école j'ai travaillé 7 mois en centre de rééducation à Salon de Provence, c'était comme du SSR
7 mais en un peu plus poussé. Et après j'ai été embauchée ici dans le service de chirurgie digestive, ORL, chirurgie
8 réparatrice, hopital de semaine de gastro.

9 **Pouvez-vous me parler d'une situation qui vous a marqué ?**

10 Alors on va dire que je suis assez émotive en temps normal (rires) un rien me met les larmes aux yeux. Après on
11 va dire peut-être que depuis que je suis diplômée... Avec l'expérience même si je n'en ai pas beaucoup... Mais tu
12 te forges en quelque sorte... tu deviens moins émotive parce que sinon tu fais que pleurer mais là récemment
13 c'était sur une fin de vie, un Monsieur. Alors les fins de vie c'est rare que j'y sois confrontée, j'y es même été très
14 rarement confrontée, alors est ce que les patients ressentent que je ne suis pas à l'aise avec ça... mais là c'était la
15 première fois et il m'a tenu la main toute la matinée et j'avais les larmes aux yeux.

16 **Qu'est ce qui rend cette situation si particulière à vos yeux ?**

17 Je pense que la fin de vie c'est toujours un peu compliqué... Alors il y a des gens qui sont super à l'aise avec ça
18 mais moi je ne suis même pas à l'aise avec ma propre mort à moi et celle de mes proches donc voilà pour moi ce
19 n'est pas une situation très facile. Puis le fait qu'il n'était pas très âgé il avait que 65 ans... Et aussi à cause du
20 COVID la famille n'était pas présente, il était seul. Il était en demande, demande qu'on l'aide, il voulait que ça se
21 termine, il était conscient jusqu'à la fin il en avait marre... Je courais après les chirurgiens mais eux la fin de vie
22 ils ne veulent pas trop entendre parler. Le problème c'est qu'on est en chirurgie donc on a plus tendance à
23 vouloir sauver à tout prix le patient que de l'accompagner dans leur fin de vie... Puis j'ai mis trois heures à réussir
24 à avoir les soins palliatifs qui passent donc déjà c'était un week-end donc un peu plus compliqué d'avoir les soins
25 palliatifs puis il faut que ce soient les chirurgiens appellent ce n'est pas à moi de les appeler... Avant d'avoir un
26 traitement pour l'aider à partir tranquillement à s'apaiser, il était conscient c'est ça qui était difficile à gérer : le
27 regard du patient sur soi, il a vraiment besoin qu'on soit là et qu'on l'aide, ça c'est compliqué. J'avais l'impression
28 qu'il fallait que je sois là pour lui, j'avais de la tristesse, on est humain, c'est normal, on est pas trop à l'aise avec
29 ce genre de situation en général, puis je saurai la dernière personne qu'il a vu, même si après on a réussi à avoir la
30 famille... fin... je suis la dernière qui lui ai apporté des soins, du soutien, de l'accompagnement, je suis restée à
31 côté de lui, je lui ai pris la main, caressé le visage pour l'apaiser, je sentais qu'il avait besoin de ça, de quelqu'un
32 qui soit à son écoute. Pas que juste on passe devant sa chambre, on regarde les drains, sa stomie ou quoi. Fin le

33 matin je devais lui faire une prise de sang, ça servait à rien j'ai même pas essayé de le piquer quoi... Faut être
34 cohérent... Fallait faire antibiotiques, je me suis dit « est ce que je lui passe les antibiotiques en lui tournant le dos
35 ou alors je lui tiens la main », à ce moment le plus important pour moi c'était d'être là pour lui et franchement on
36 savait que c'était la fin et que ça servait à rien de lui faire, ça allait pas le sauver...

37 **Cette situation a-t-elle induit un changement dans votre relation soignant soigné ?**

38 Il n'y a pas eu de changement particulier suite à cela parce que euh je pense être quelqu'un qui est à l'écoute des
39 patients, je pense que je plus une infirmière relationnelle qu'une infirmière technicienne et de base quand je suis
40 rentrée à l'école c'était pour ça hein, je ne pensais même pas qu'il fallait faire des prises, des pansements, et
41 franchement quand j'ai voulu faire l'école ce n'était pas mon but premier les gestes techniques quoi. Pour moi,
42 j'aime parler, j'aime être là pour les autres, à l'écoute. Après j'avoue qu'avec l'organisation des services, la
43 pression, la charge de travail qui n'est pas des moindres chez nous, c'est vrai que parfois on oublie un peu le côté
44 relationnel... fin on l'est toujours si tu l'es toujours mais c'est vrai que parfois on a moins de patience. C'est plus
45 sur la patience que cela se joue, tu peux parfois te laisser très vite de certaine situation alors qu'en vrai tu te poses
46 et tu te dis « alors attends oui c'est vrai qu'il est lent, il ne comprends pas mais il y est pour rien », on a tendance à
47 l'oublier par moment donc il faut savoir se recentrer et penser que si c'était nos familles dans les lits on aimerait
48 pas que l'infirmière soit désagréable qu'elle nous brusque, même si y'a cette charge de travail, ils y sont pour rien
49 de ça les patients, ils sont juste comme nous. Après je ne dis pas, y'a des patients où tu vas plus t'attacher que
50 d'autre et ça malheureusement c'est humain, après tu t'occupes de tout le monde de la même façon, tu fais les
51 soins mais y'a peut-être des chambres où tu resteras plus longtemps en discutant avec le patient parce que le contact
52 est plus agréable, mais c'est naturel. Mais il ne faut pas oublier ce côté relationnel... Après il y a des gens qui font
53 ce métier là pour le relationnel mais autant il y en a qui le font que pour la technique, c'est malheureux parce que
54 la technique bon... Les patients, tu leur fais un peu mal pendant le pansement ou tu le colles de travers, ils ne vont
55 pas vraiment regarder, à part les personnes très pointilleuses mais par exemple à leur parler ça ils vont le retenir
56 par contre. C'est comme tout simplement dire ton prénom au patient c'est bête mais ça les rassure, ils se disent
57 « bon ce n'est pas juste l'infirmière numéro deux de la journée », y'en a qui ne retiennent pas mais au moins tu
58 t'es présentée.

59 Après on parle de juste distance, mais je pense que c'est quelque chose que tu apprends seul. Tu n'as pas besoin
60 de tous ces manuels qui te disent de faire ça ou comme cela. Une fois sur le terrain tu sais très bien que ce n'est
61 pas ta famille dans les lits mais tu sais aussi que d'un côté ces gens-là il faut s'en occuper comme si tu les
62 connaissais. C'est sur tu ne vas pas t'attacher émotionnellement de la même façon, je ne te dis pas tu as un décès
63 c'est triste tu accompagnes la famille, on est là, mais tu vas te contrôler et pas pleurer avec eux ou sinon tu prends
64 un peu de recul tu te recentres, tu te dis « allez ce n'est pas ta maman ou ton papa », fin moi je ne sais pas je n'ai
65 jamais trop compris pourquoi on en parlait, c'est vraiment une phrase de manuel... Tu sais où est ta place. Je pense
66 que tu la trouves cette place naturellement. Après je me trompe peut-être. Enfin voilà mais être dans le relationnel
67 cela peut être positif ou négatif, parce qu'il y a des patients qui peuvent t'agacer, ou le courant passe pas du tout.
68 C'est possible aussi que le patient ne t'apprécie pas, qu'il y est un conflit tu ne sais pas pourquoi, bah il faut savoir
69 aussi passer la main, il ne faut pas hésiter. Même moi des patients que je connais des membres de ma famille

70 éloignés, je préfère ne pas m'en occuper, pas parce que je suis plus impliquée émotionnellement mais parce
71 qu'après la famille en demande toujours plus, tu as l'impression que tu dois tout accepter c'est compliqué de dire
72 non je préfère, qu'il ne soit pas dans mon secteur après cela dépend des personnes. D'autre préféreront s'en
73 occuper. Bon après ça dépend du membre de la famille ça serai ma mère je pourrai m'en occuper et lui dire « tu
74 demandes au médecin là c'est plus mon domaine », parce qu'on se connaît bien et ils comprennent plus. Faut
75 savoir passer la main et comptez sur l'équipe.

76 **Souhaitez-vous ajoutez quelque chose ?**

77 Oui (rire) après je pense que toutes les personnes qui sont dans le relationnel pensent un peu la même chose. Mais
78 je trouve que nous je ne sais pas après ça peut-être fatiguant au niveau émotionnel ou relationnel parce que ça
79 demande beaucoup d'énergie. Surtout la situation actuelle fait que les familles appellent plusieurs fois par jour
80 alors que bon on préfère qu'ils appellent une fois pour toute que plusieurs appels tout le long de la journée parce
81 que nous après le temps qu'on passe au téléphone c'est du temps en moins auprès du patient. Il faut connaître ses
82 limites. Voilà voilà (rires) j'espère que ça va t'aider pour la réalisation de ton mémoire bon courage.

83 **Merci beaucoup et bon courage à vous, surtout dans ce contexte difficile passez une bonne journée.**

ANNEXE VI : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	Infirmière 1 : Marguerite	Infirmière 2 : Jonquille	Infirmière 3 : Lilas	Infirmière 4 : Violette
Age	25 ans	40 ans	40 ans	26 ans
Année d'obtention du diplôme	Juillet 2019	Juillet 2006	Juillet 2016	Juillet 2017
Parcours professionnel	Remplacement dans un EHPAD, un mois en rééducation fonctionnel puis CDI dans le même EHPAD	14 ans en neurologie	4 ans en maison de retraite	7 mois en centre de rééducation, puis Cdi en chirurgie digestive, ORL, hôpital de semaine de gastro et chirurgie réparatrice
Situation qui vous a marqué	« Le décès d'un résident en plein covid », « ils ont plus de difficultés à reconnaître leur proche et puis ça crée forcément une barrière » « elle nous répond qu'il n'y a pas de soucis, elle marche, mais du moment où elle a vu ses enfants elle tenait plus sur ses jambes elle voulait vomir, elle tomber dans les pommes et en fait voilà après ce qui était difficile, vu qu'en maison de retraite on a quand même plus	« Une dame âgée là pour suspicion d'AVC », « Il me semble qu'elle avait un intellect conservé », « plus tard, je détecte qu'elle doit avoir des petits trucs cognitifs parce qu'elle fait répéter », « Je me suis faite avoir dans mon professionnalisme », « elle s'est énervée contre moi en deux jours, en m'accusant de la traiter comme une idiote alors que j'avais compris qu'elle avait des trucs cognitifs, elle non », « J'ai été perdu dans mon diagnostic de troubles cognitifs, ou de	« ... j'avais des problèmes avec une résidente » « elle me mettait en échec » « y'avait quelque part un manque de confiance » « j'ai mis le cadre, j'ai recadré, parce que bon bien qu'on soit soignant on n'est pas là pour tout accepter et savoir aussi à certain moment mettre le cadre. » « On est là pour les aider et pas pour se faire insulté, rabaisser, mais c'est recadrer avec humour et gentillesse »	« Avec l'expérience même si je n'en ai pas beaucoup... Mais tu forges en quelque sorte » « mais là récemment c'était sur une fin de vie un Monsieur » « c'était la première fois et il m'a tenu la main toute la matinée et j'avais les larmes aux yeux. »

	tendances à s'attacher aux résidents, » « je l'aurai mal vécu si elle n'aurait pas pu lui dire aurevoir »	personnalité » « Et je me suis laissé toucher par ses accusations. » « J'ai été un peu virulente avec la dame en me défendant » « C'était une personnalité complexe avec de la manipulation. »		
Qu'est ce qui rend cette situation si particulière ?	« L'affect. », « parce que si y a une suspicion covid, c'est mise en bière immédiate et ils n'ont même pas accès au défunt et je trouve que c'est brutal »		« parce que justement le fait d'avoir mis des limites » « cela a permis justement de se créer une vraie relation et une alliance thérapeutique par la suite. »	« je ne suis même pas à l'aise avec ma propre mort à moi et celle de mes proches » « il était conscient jusqu'à la fin il en avait marre » « en chirurgie donc on a plus tendance à vouloir sauver à tout prix le patient que de l'accompagner dans leur fin de vie » « c'est ça qui était difficile à gérer : le regard du patient sur soi, il a vraiment besoin qu'on soit là et qu'on l'aide, ça c'est compliqué » « à ce moment le plus important pour moi c'était d'être là pour lui et franchement on savait que c'était la fin et que ça servait à rien de lui faire, ça allait pas le sauver... »

<p>Changement dans la relation soignant/soigné causé par la situation ?</p>	<p>Après je suis sensible de nature, donc il y aura des situations qui me chagrineront plus que d'autre. » « en maison de retraite ça m'est plus difficile de faire la part des choses parce que forcément tu t'attaches au résident » « c'est un mouiroir ils ne vont pas ressortir vivants, on le sait mais qu'ils soient quand même bien à la fin, dans les bonnes conditions... » « Nous ne sommes pas des Surhomme quand tu ne peux pas tu ne peux pas tu passes la main... » « quand tu prends un résident en charge a long terme tes plus impacté, pour moi » « si on a trop d'affect avec lui on va se dire non faut qu'on y arrive faut qu'on le sauve » « j'avais une petite carapace, peut être maintenant elle est plus forte » « on travaille avec l'humain » « revient dans deux ans j'aurai</p>	<p>« Alors, déjà avec cette personne [...]C'est un peu difficile d'y retourner » « Finalement, notre métier qui se veut très humain...On l'a impression qu'on agit comme des robots » « ... qu'on soit imperturbable alors qu'en fait on est quand même des êtres humains, on peut même rentrer en contact avec un patient déjà avec nos propres problèmes » « les problèmes il faut les laisser aux vestiaires mais ça c'est facile à dire et pas facile à faire » « On est quand même des êtres humains » « on est pas des robots » « Avant, je ne me l'autorisais pas du tout, jeune infirmière je ne l'autorisais pas du tout. Et maintenant, je commence à comprendre que si, on est des êtres humains, et que oui on a le droit aussi d'interagir avec le patient de manière humaine. » « c'est un métier humain alors qu'on te demande d'être ni plus ni moins quelqu'un sans émotions. » « Ils doivent pouvoir compter sur toi</p>	<p>« cela m'a permis de prendre confiance en moi » « ça peut débloquer certaines situations délicates » « confiance là est primordiale » « Les émotions ne restent pas au placard parce que nous sommes des humains » « il y a des gens ou j'ai plus d'affinité, avec qui je vais discuter plus facilement que d'autre mais ça reste professionnel, pour c'est la barrière. « Je sépare ma vie professionnelle et ma vie personnelle » « C'est une façon pour moi aussi de me préserver » « quand il y a beaucoup d'affect qui rentre dans cette relation/soignant soigné, on peut passer à côté de certains symptômes » « je pense qu'il y a une différence entre la compassion et l'empathie elle est très fine mais il faut la comprendre pour réussir à se</p>	<p>« Il n'y a pas eu de changement particulier » « c'est vrai que parfois on oublie un peu le côté relationnel » « il faut savoir se recentrer et penser que si c'était nos familles dans les lits on aimerait pas que l'infirmière soit désagréable qu'elle nous brusque » « y'a des patients où tu vas plus t'attacher que d'autre et ça malheureusement c'est humain » « on parle de juste distance, mais je pense que c'est quelque chose que tu apprend seul » « Je pense que tu la trouve cette place naturellement » « il faut savoir aussi passer la main »</p>
--	--	--	--	---

	<p>peut-être changé ma gestion des choses », « Pour avoir du relationnel l'ehpad c'est ici ou il y en a le plus» (l. 59-60)</p>	<p>au cas où il est un gros problème qui se passe donc ne fais pas intervenir ta sensibilité. » Ma sensibilité ne servira que à comprendre, à montrer à la personne par mon comportement, qu'il n'y a pas que les mots qui comptent » « J'ai encore un peu plus aiguisé mon observation pour repérer des personnes de ce types-là » « si tu es ce genre de personnes à te remettre en question, forcément ça t'aide à ne pas les revivre et ça t'aide à évoluer en toi-même et avec ton métier aussi. On va dire oui ça m'a aidé, mais ça m'a aidé parce que je l'ai voulu. »</p>	<p>protéger tout en restant dans une bonne prise en charge car sinon on s'épuise nous-même »</p>	
<p>Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?</p>	<p>« J'essaie quand même de mettre une certaine distance », « tu ne peux pas « laisser au vestiaire » », « C'est un équilibre à avoir »</p>	<p>« On peut se demander est-ce qu'il faut vraiment les gérer nos émotions » « J'ai banni tous les mots : s'endurcir, se faire une carapace... je ne veux pas faire ça, je veux vivre mon métier jusqu'à la fin en ressentant les choses. Mais par contre, il faut qu'elle ait une place. » « En tout cas, gérer les émotions ça veut dire ça : les avoir au bon moment « il y a la maturité qui</p>	<p>« C'est important de mettre des barrières pour se préserver nous mais aussi les préserver eux » « pour moi c'est compliqué même de faire juste un vaccin à un membre de ma famille alors que j'en fait 90 chaque année » « si je n'avais pas de sentiments je ne pourrais pas faire ce</p>	<p>« Ça peut-être fatigant au niveau émotionnel ou relationnel parce que ça demande beaucoup d'énergie. » « Il faut connaître ses limites »</p>

		rentre en compte, tu vas voir. » « . L'important c'est de pas regretter son acte. » « il n'a pas besoin d'un copain mais d'un professionnel » « Donc la distance, ne te défend pas contre ça » « , ça vient aussi avec la maturité de la profession » « On est des gens avec des émotions »	métier. » « c'est un équilibre... très mince »	
--	--	--	---	--

ANNEXE VII : DEMANDE AUTORISATION D'ENTRETIEN N°1



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Thaïs IMBERT
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 200 impasses des prêles, 84140 Montfavet

à Madame la Directrice des soins

Téléphone : 06.19.08.90.76
Mail : thaisimbert8@gmail.com

Avignon, le 15 avril 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès d'infirmières diplômées d'Etat dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La gestion des émotions dans la relation soignant-soigné

Je souhaiterai interrogé des infirmières (idéalement deux, mais dans ce contexte un entretien peut suffir) travaillant dans un service de médecine ou de chirurgie.

Au vu des conditions sanitaires exceptionnelles, je vous propose d'effectuer ces entretiens par téléphone, afin de ne pas violer le confinement et ainsi préserver la bonne santé des patients et du personnel soignant de votre établissement.

Veuillez trouver ci-joint le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.
Mme IMBERT. T

ANNEXE VIII : DEMANDE AUTORISATION D'ENTRETIEN N°2



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Thaïs IMBERT
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 200 impasses des prêles, 84140 Montfavet

à Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.19.08.90.76
Mail : thaisimbert8@gmail.com

Avignon, le 15 avril 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès d'infirmières diplômées d'Etat dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :


La gestion des émotions dans la relation soignant-soigné


Il me faut interroger des infirmières travaillant dans un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Veuillez trouver ci-joint le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

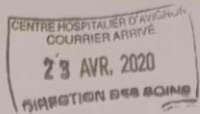
En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.
Mme IMBERT. T

ANNEXE IX : AUTORISATION ENTRETIEN N°1

 **GIPES**
Groupement d'Intérêt Public des
Établissements de Santé d'Avignon
Et du Pays de Vaucluse

 **REGION SUD**
PROVENCE ALPES
CÔTE D'AZUR

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

 CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON
COURRIER ARRIVE
23 AVR. 2020
DIRECTION DES SOINS

Mme Thaïs IMBERT
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 200 impasses des prèles, 84140 Montfavet

à Madame la Directrice des soins

Téléphone : 06.19.08.90.76
Mail : thaisimbert8@gmail.com

Avignon, le 15 avril 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès d'infirmières diplômées d'Etat dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La gestion des émotions dans la relation soignant-soigné

Je souhaiterais interrogé des infirmières (idéalement deux, mais dans ce contexte un entretien peut suffir) travaillant dans un service de médecine ou de chirurgie.

Au vu des conditions sanitaires exceptionnelles, je vous propose d'effectuer ces entretiens par téléphone, afin de ne pas violer le confinement et ainsi préserver la bonne santé des patients et du personnel soignant de votre établissement.


Veuillez trouver ci-joint le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.
Mme IMBERT. T

Karine RONAT
Directrice des Soins

Karine Ronat . 27/4/20

Établissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

 Scanned with
CamScanner

ANNEXE X : AUTORISATION ENTRETIEN N°2



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Thaïs IMBERT
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 200 impasses des prêles, 84140 Montfavet

à Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.19.08.90.76
Mail : thaisibert8@gmail.com

Avignon, le 15 avril 2020

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès d'infirmières diplômées d'Etat dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

La gestion des émotions dans la relation soignant-soigné

Il me faut interroger des infirmières travaillant dans un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Veillez trouver ci-joint le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.
Mme IMBERT. T

Résidence L'Oustau de Léon
259 Chemin de la Forêt
84450 St Saturnin les Avignon
Tél: 04 90 23 53 94 Fax 04 90 22 57 06

ANNEXE XI : AUTORISATION DE DIFFUSION



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : IMBERT thaïs

Promotion : 2017-2020

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Etre un robot ou penser par soi-même ?

.....

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

✓ oui non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

✓ oui non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 21/05/2020 Signature : IMBERT Thaïs

Résumé

Être un robot ou penser soi-même ?

Auteur : IMBERT Thaïs

Tout au long de ma formation j'ai réalisé que lors de mes stages je pouvais m'impliquer dans la relation soignant-soigné, d'une manière qui m'impactait personnellement. J'ai choisi ce thème pour pouvoir y réfléchir et comprendre ce que ce sont les émotions et comment les gérer.

Ma question de départ est :

Comment les émotions du professionnel viennent impacter la relation soignant-soigné ?

Pour ce faire, j'ai lu différents ouvrages et articles sur les émotions, la relation soignant-soigné, la communication et la distance. Ensuite, pour recueillir des données qualitatives j'ai interrogé quatre infirmières : deux d'un lieu de vie et deux d'un service de courte durée (chirurgie et médecine) à l'aide d'entretiens semi directifs. J'ai ensuite analysé ces entretiens et je les ai confrontés avec mon cadre de référence.

Ce travail m'a donné une approche réflexive sur le sujet ce qui m'a permis d'ouvrir les yeux sur ma pratique et m'a fait personnellement grandir.

Mot-clés : émotions, relation soignant-soigné, distance, affect, posture professionnelle

Be a robot or think by yourself?

Throughout my nursing studies, I realized that during my internship I could get involved in the caregiver relationship, in a way that affected me personally. I choose this theme to be able to think and understand what emotions means and how to manage them. My starting question is:

How professional's emotions impact the caregiver relationship ?

To be able to do this I read different books and articles about emotions, caregiver relationship, communication and distance. Moreover, to collect qualitative data I interviewed four nurses: two were from a nursing home and one were from surgical ward and one from medicine ward, using semi-structured interview. After I analyzed this interview and I confronted them with my frame of reference. Finally, I built a problematic so I could create a research question.

This work gives me a reflexive approach on the subject and allowed me to open my eyes to my practice and made me grow personally.

Keywords : emotion, caregiver relationship, distance, communication, professionalism