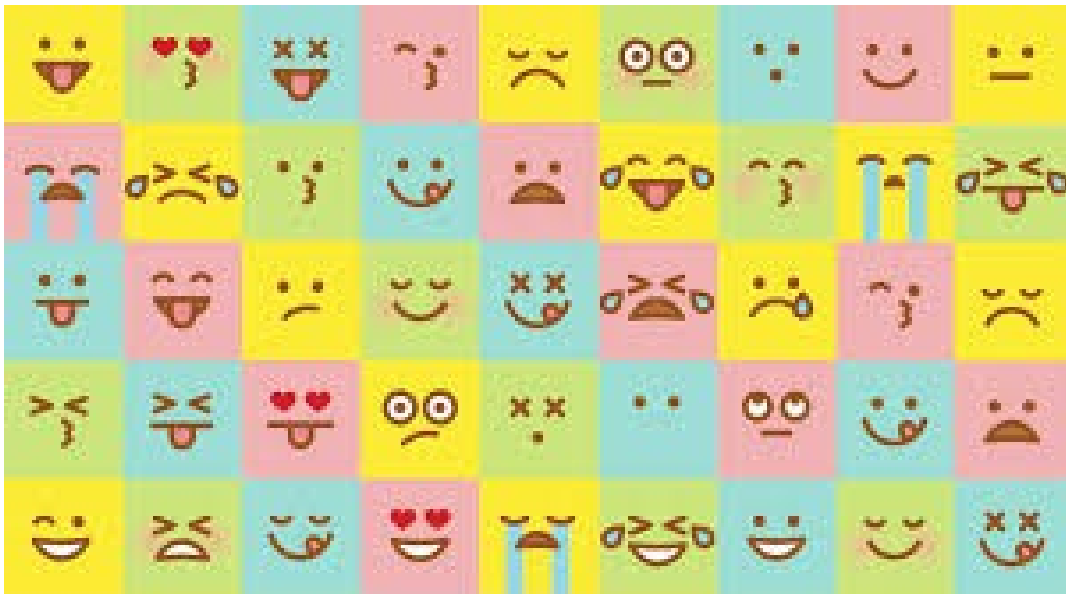


L'émotion au cœur du soin



Mémoire de fins d'études

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

RASCOL Léontine
Étudiante en soins infirmiers en 3ème année

Directeur de mémoire Mme Delahaie
Date de remise du travail : 25/05/2021

Notes 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 ».

Remerciements

À ma directrice de mémoire Mme Delahaie pour m'avoir écouté, conseillé et guidé tout au long de mon travail et pour son implication.

À ma référente pédagogique Mme Gilquin pour m'avoir accompagné et pour avoir su me donner en confiance en moi et m'avoir vu évoluer durant ces trois années de formation.

Aux documentalistes de l'école pour leur aide durant mes recherches.

Aux infirmières qui ont pris le temps de répondre à mes questions et pour leur sincérité durant les entretiens.

À Sabrina, Elsa et Coralie pour le temps passé ensemble durant ces trois années ainsi que pour leur soutien et leur motivation.

À ma mère, mon père, mes sœurs et mon frère pour m'avoir soutenue, encouragé, pour m'avoir vu grandir, pour me supporter et pour leur amour.

MERCI

Sommaire

1) Introduction.....	1
2) Situations d'appel.....	2
2.1. Situation n°1.....	2
2.2. Situation n°2.....	4
2.3. Questionnement.....	5
3) Question de départ.....	6
4) Cadre de référence.....	6
4.1 Le cadre législatif.....	6
4.2 Le cadre déontologique.....	7
4.3 Les émotions.....	7
4.4 La prise en charge des patients.....	9
4.4.1 La relation soignant-soigné.....	9
4.4.2 Le soin.....	11
4.5 La douleur.....	12
4.6 Synthèse du cadre de référence.....	14
5) Enquête exploratoire.....	15
5.1. Outil utilisé.....	15
5.2. Population choisie.....	16
5.3. Lieux d'investigation.....	16
5.4. Guide de l'outil.....	16
5.5. Grille d'analyse.....	17
5.6. Analyse.....	17
5.6.1 Entretien par entretien.....	17
5.6.2 Question par question.....	22
5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire.....	27
5.8 Limites de l'enquête.....	28
6. Problématique.....	28
7. Question de recherche.....	29
8. Conclusion.....	29
9. Bibliographie.....	30
Annexes.....	32

1) Introduction

Ce travail de recherche marque l'accomplissement de trois années d'études avant l'obtention du diplôme d'État, celles-ci m'ont permises de gagner en maturité, de prendre en confiance mais également de me découvrir.

Au cours de mes différents stages, j'ai eu l'occasion d'être confrontée à mes propres émotions. Je me suis retrouvée confuse et j'ai dû faire face à des sentiments que je n'avais jamais encore éprouvés, ressentis. Je n'ai pas toujours su réagir, j'ai parfois été déstabilisée par l'empathie que je pouvais ressentir, sans savoir quoi en faire : cacher ou faire face à ces émotions...

J'ai compris que ce métier nous confronte sans cesse à la souffrance, le vieillissement, la mort, la détresse des patients et que je devrai donc apprendre à gérer mes émotions sans pour autant faire comme si je ne ressentais rien.

Les émotions font partie de notre pratique soignante et se trouvent au cœur du soin. Elles nous caractérisent, elles sont propres à chacun et varient selon la personne, la situation. En effet, la prise en charge des patients souffrants peut engendrer des émotions intenses. La relation soignant-soigné et la relation d'aide vont favoriser la survenue des émotions parfois difficiles. Et ces émotions vont ensuite avoir un impact sur la façon dont le soignant va prendre en charge le soigné et sur la façon dont il se comporte.

C'est donc dans une intention professionnelle mais également personnelle que j'ai décidé de travailler sur les émotions que les soignants peuvent ressentir face à la souffrance des patients et sur les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la prise en soin. Je me suis donc demandé en quoi les émotions des soignants face à la souffrance des patients pouvaient avoir un impact sur la prise en charge.

Pour cela, nous verrons dans un premier temps mes situations d'appel ainsi que le questionnement qui en ressort avec ma question de départ. Dans un second temps, nous verrons comment l'enquête exploration s'est déroulée avec le choix de l'outil, de la population et des lieux. Puis, nous analyserons les résultats obtenus par les professionnels. Enfin, à l'aide d'une synthèse des résultats obtenus, nous aborderons un nouveau questionnement.

2) Situations d'appel

2.1. Situation n°1

La situation se déroule à l'hôpital, en service de cardiologie traditionnelle. C'est le premier stage de 2ème année et le quatrième stage depuis le début de la formation. Cette situation comprend un patient, une infirmière diplômée d'état (IDE), une étudiante aide-soignante et moi. La situation décrite évoque le décès d'un patient. Lors de ma deuxième semaine de stage, j'arrive à 6h30 ce jour, je suis de matin. Nous faisons la relève et je découvre les nouveaux patients qui sont arrivés la veille et dans la nuit. Concernant mon secteur, un monsieur de 88 ans a été transféré des soins intensifs de cardiologie (SIC) dans notre service. Il a fait plusieurs arrêts cardiaques et est en fin de vie.

À 7h, je me rends dans sa chambre, accompagnée de l'infirmière, afin de réaliser le contrôle de la glycémie de ce patient. Sa fille est présente dans la chambre et a passé la nuit à ses côtés. Je l'informe que je vais réaliser le soin mais le patient ne réagit pas et ne me répond pas, il ne parle pas mais semble souffrir car il émet des gémissements de douleurs.

Je prépare ensuite une seringue de morphine qui lui est administré en pousse seringue électrique (PSE) afin de soulager ses douleurs.

À 8h, l'infirmière me demande de réaliser une prise de sang afin de vérifier son taux d'hémoglobine. Je me rends donc une seconde fois dans sa chambre avec mon matériel. Lorsque je lui mets le garrot, le patient gémit fortement de douleurs et essaie de retirer son bras. Je vais donc prévenir l'infirmière qu'il souffre trop et que je ne vais pas parvenir à le piquer. Elle me dit que ce n'est rien et que je dois tout de même réaliser la prise de sang. Je retourne dans la chambre afin de réaliser le bilan mais le patient bouge son bras lorsque je pique donc je rate la veine. Je prévient l'infirmière qui me rejoint et me demande de tenir le bras du patient de force pour qu'elle le pique elle-même. Le patient semble énormément souffrir, il est crispé. À ce moment-là, je me sens responsable de sa douleur et je regrette d'avoir tenu son bras car j'ai l'impression de contribuer à sa souffrance. Je quitte la chambre en culpabilisant.

Vers 10h, sa fille vient me voir pour me dire qu'elle doit partir mais qu'elle revient dans l'après-midi pour que son père ne sente pas seul. Elle me demande si je peux régulièrement passer dans sa chambre et j'accepte.

À 10h30, je vais dans la chambre du patient pour qu'il sente une présence et une compagnie. Je le rassure et lui dit que ça va aller et qu'il n'est pas seul.

À ce moment-là, le patient est calme et ne semble pas présenter de douleur.

À 11h, l'aide-soignante se rend dans chambre pour lui faire la toilette. Le patient ne réagit plus, il semble être mort. Elle appelle à l'aide, on se rend dans sa chambre avec l'infirmière et une étudiante aide-soignante nous rejoint. On remarque qu'il ne respire plus. L'infirmière réalise l'ECG. Je reste en retrait car je ne sais pas comment réagir. Sur le coup, je me sens capable de rester dans la chambre. Je n'ose pas approcher et lorsque l'infirmière me demande si je veux le toucher, je refuse et me recule encore plus. À plusieurs reprises elle me demande si je vais bien, je réponds que oui. Mais je ne me sens plus moi-même, je suis spectatrice de la mort de quelqu'un et je ne peux rien faire.

Puis, je suis envahie par la peur, la tristesse, la colère, l'injustice et je me mets à pleurer. Je sors de la chambre et j'ai besoin de prendre l'air. Mon premier réflexe est d'appeler ma mère, j'ai besoin de lui parler. Elle sait trouver les mots pour m'apaiser, c'est la personne qui me comprend le mieux. Je ne réussis pas à parler de mes ressentis à l'équipe, je préfère garder mes émotions pour moi.

Je pense à pleins de choses : est-ce que sa fille va m'en vouloir car elle m'avait « *confié* » son père, j'imagine si c'était quelqu'un de ma famille, mon grand-père...

Je le revois gémir et je me dis que ces derniers moments se sont déroulés dans la souffrance, je me demande s'il m'en veut d'avoir insisté pour la prise de sang et de ne pas l'avoir laissé partir tranquillement sans accentuer sa douleur. Je ressens de l'empathie, j'essaie de me mettre à la place de cet homme qui est parti en souffrant, mais aussi à la place de la fille qui a quitté son père le matin et pensait le retrouver l'après-midi.

Cette situation m'a permis de me questionner sur ce que peut ressentir un étudiant ou un soignant face à la mort. Mon vécu aurait pu avoir un impact sur ma réaction. En effet, c'est mon premier décès en tant qu'étudiante et future soignante mais aussi mon premier décès tout court. Le sentiment de deuil et la vision de la mort me sont encore inconnus. Je ressens un sentiment d'impuissance, de tristesse et de peur. Le deuil de ce patient est une épreuve difficile, mais je me demande si un jour il est possible de s'habituer à la mort et à la souffrance de nos patients, de ne plus ressentir les émotions que j'ai moi-même ressenties. Comment peut-on gérer le deuil et la souffrance d'un patient, est-ce que l'expérience permet une meilleure gestion de ses émotions et est-ce qu'il est possible d'apprendre à gérer celle-ci ?

Je me demande également si le sentiment de culpabilité que j'éprouve est un frein à l'acceptation de la mort.

J'éprouve certains remords, je n'ai pas le sentiment d'avoir été utile et cela me rend triste.

Je me demande s'il était nécessaire d'en parler à l'équipe, qu'est-ce que cela aurait pu m'apporter. Il est parfois difficile d'exprimer ses émotions et plus particulièrement à des personnes que l'on connaît peu.

J'ai trouvé le réconfort et l'écoute auprès d'une personne proche, ma mère, mais qui peut ne pas me comprendre. Or, l'équipe était présente avec moi lors de la situation et aurait pu donc peut-être plus me comprendre. J'ai préféré cacher mes émotions devant les soignants, je ne voulais pas paraître faible. Mais est-ce qu'avoir des émotions fait de moi une personne faible ? Le soutien de l'équipe aurait pu être nécessaire ou bénéfique. Il est sûrement nécessaire d'accepter et de reconnaître ses émotions de deuil pour pouvoir avancer.

2.2. Situation n°2

La situation se déroule à l'hôpital, en hôpital de jour (HDJ) en service de pédiatrie. C'est un stage de 3ème année et le sixième stage depuis le début de la formation. Cette situation comprend un enfant, une infirmière diplômée d'état (IDE) et moi. La situation décrit la souffrance d'un enfant.

Lors de mon premier jour de stage, je rencontre cet enfant de 6 ans qui est atteint d'une dyskératose congénitale diagnostiquée en février 2018 avec aplasie sévère.

Une greffe de moelle est non réalisable. Il est porteur d'une chambre à cathéter implantable (PAC) posé en 2017 et changé en septembre 2020. Il est le 3ème enfant, ses parents sont séparés et il vit en alternance une semaine chez son papa et une chez sa maman. Depuis mars 2020, il est atteint d'une hémochromatose sévère. Il est également pris en charge par une équipe ressource de soins palliatifs pédiatriques depuis cette même date. Il se rend en HDJ de consultation pédiatrique 3 fois par semaine pour une transfusion de plaquettes et tous les 7 à 10 jours pour une transfusion sanguine. Le premier jour, j'observe l'IDE qui pique son PAC tout en rassurant l'enfant qui appréhende ce soin et en s'assurant qu'il ait eu un patch anesthésiant 1 heure avant et que le gaz MEOPA fonctionne. De plus, l'enfant aime les chansons donc l'IDE met de la musique pendant le soin. C'est l'enfant qui choisit le CD. Une fois le soin fini, on apporte un cadeau à l'enfant car il aime beaucoup jouer et pour qu'il apprécie sa venue à l'hôpital malgré les contraintes qu'engendre sa maladie. Ce jour-là, l'enfant était souriant, faisait des blagues, chantait et jouait. Une semaine plus tard, l'enfant arrive pour sa transfusion de plaquettes.

Il ne parle pas, ne dit pas bonjour et ne chante pas comme il le fait à son habitude. Le papa nous explique qu'il a chuté la veille, qu'il se sent très fatigué. Il n'avait pas envie de venir à l'hôpital et préférait rester jouer avec sa demi sœur qu'il voit très peu. Au moment d'installer l'enfant pour réaliser le soin sur son PAC, il se met à pleurer car il est vraiment triste et qu'il souffre physiquement à cause de sa maladie chronique et psychologiquement à cause des conséquences que celles-ci a sur sa vie. Avec l'infirmière et l'auxiliaire puéricultrice on essaie de le soutenir en le rassurant.

On lui dit qu'on va réaliser le soin le plus rapidement possible pour qu'il puisse rentrer au plus tôt pour voir sa demi sœur et qu'on lui fera un cadeau à la fin. Il continue à pleurer pendant que je prépare le matériel nécessaire pour piquer son PAC mais également lorsque je le pique. Je réalise donc un geste invasif sur cet enfant alors qu'il est en souffrance. Pendant le soin, je me sens coupable et j'ai l'impression de contribuer à sa souffrance. Même si le soin est vital pour l'enfant, il est difficile émotionnellement de le réaliser et j'ai un sentiment de tristesse qui m'envahit. J'ai également un sentiment d'impuissance car on ne parvient pas à calmer les souffrances de l'enfant.

Cette situation m'a permis de me questionner sur les émotions qu'on peut ressentir face à la souffrance d'un patient, ici un enfant. Je me demande si son jeune âge a un impact sur ce que je peux ressentir. Je me demande également ce que peuvent ressentir l'infirmière présente avec moi, si son expérience fait qu'elle est tout de même touchée ou si elle arrive à gérer ses émotions et passer outre. Ici, la question de l'expérience ressort tout comme dans la première situation. Je me demande si la prise en soin de cet enfant sera différente selon les émotions que l'on ressent. En effet, j'éprouve de la compassion et de l'empathie donc je vais peut-être prendre plus de temps pour le soin, essayer de le faire du mieux possible. J'ai ressenti de la peur, j'avais peur de le faire encore plus souffrir.

2.3. Questionnement

Les deux situations m'ont donc permis de me questionner sur la place des émotions dans le soin face à la souffrance d'un patient. Je me demande si les émotions peuvent changer notre comportement face à un patient souffrant et donc sa prise en charge. Je me demande également comment il faut gérer ses émotions : en faire part au patient ? En faire part aux infirmières présentes ? Ne pas en parler ? Je me demande également si l'expérience nous apprend à mieux gérer nos émotions. Comment considérer ses émotions ?

Faut-il les accepter ? Je me demande si prendre en compte ses émotions permet une meilleure communication et prise en charge du patient. Il est sûrement nécessaire d'être à l'écoute de soi-même. Le soignant est souvent en contact avec la douleur d'un patient, alors avoir des émotions tels que l'empathie c'est comprendre le patient et donc l'aider et l'accompagner. Cela ne veut pas dire souffrir à sa place. Je me demande également si ressentir de la tristesse, colère... est une chose positive ou négative dans le sens où cela peut nous permettre de prendre du recul sur la situation.

3) Question de départ

Pour ce travail, la question de départ sera :

« En quoi les émotions des soignants face à la douleur d'un patient peuvent impacter la prise en charge de celui-ci ? »

4) Cadre de référence

4.1 Le cadre législatif

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a pour but de mieux répondre aux attentes des malades, de définir le rôle essentiel des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients. Elle permet à chacun de mieux connaître ses droits, ses devoirs et les conséquences de ses actes ou l'absence de ses actes et garantit ainsi une meilleure prise en charge du patient. Le patient a le droit au consentement libre et éclairé des actes et traitements qui lui sont proposés. Il a le droit à l'information et le droit d'accès à son dossier médical.

Il a le droit à l'indemnisation des accidents médicaux fautifs et non fautifs comme les infections nosocomiales, les aléas thérapeutiques et les affections iatrogènes.

Selon l'article R.4311-2 l'infirmière se doit de *« protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. »*

4.2 Le cadre déontologique

Le code de déontologie des infirmiers du décret °2016-1605 du 25 novembre 2016 s'organise autour de quatre objectifs principaux :

- l'intérêt du patient : secret professionnel, liberté d'information, droit de refus ou d'interruption des soins.
- L'autonomie de la profession infirmière : échanges avec le patient et les autres professionnels de santé, champ de compétence élargi, autonomie dans l'application d'une prescription médicale.
- La protection des intérêts de la profession : règles relatives à la confraternité, l'entraide, la probité, l'interdiction de publicité et de toute dérive commerciale nuisant à l'image de la profession.
- L'accroissement des prérogatives de l'Ordre national des infirmiers : précision sur ses fonctions disciplinaires.

Le décret stipule que l'infirmier doit respecter l'intérêt du patient et son cadre d'exercice, ne doit pas discriminer, doit assurer une continuité des soins, doit informer le patient, doit chercher le consentement du patient, doit prendre en charge la douleur et la fin de vie.

4.3 Les émotions

Lydia Fernandez définit les émotions comme « *une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques* ». (Formarier, M et Jovic, L. 2012, p.164).

Selon N.Sillamy, « *l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable* ». (Ibid., p164).

Les émotions sont donc des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques comme pâlir ou rougir.

D'après Formarier et Jovic, il existe six émotions dites « *primaires* » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. (Formarier, M et Jovic, L. 2012) Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables, elles sont gérées différemment selon la personne, la personnalité, le tempérament, la culture, l'expérience de vie... Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.

Toujours selon eux, les émotions dans le soin et la pratique infirmière peuvent être nécessaires, « *on ne peut pas travailler sans émotions* », elles sont un « *moteur* » dans les soins. Elles peuvent également être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients. C'est également pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de les exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.

Dans toute situation de soin, l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation.

Mercadier a voulu mettre en évidence l'expérience émotionnelle vécue par le soignant lors du rapport au corps malade qui n'est pas souvent exprimée par le soignant et qui reste intime. Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. Selon les entretiens réalisés par Mercadier, « *l'émotion est donc une expérience sociale* », en effet, l'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin. (Mercadier, C. 2002, 2008). Les entretiens révèlent également l'importance de la parole pour atténuer ou exacerber l'émotion ressentie. Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler avec d'autres soignants qui ont sûrement dû ressentir la même chose dans des situations différentes. La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions. Afin d'optimiser la prise en charge, le soignant ne doit pas se montrer trop expressif au risque de modifier l'organisation du soin. Il est essentiel de prendre en compte l'impact émotionnel suscité par le malade mais il faut savoir se détacher émotionnellement pour ne pas créer d'obstacles au soignant et ne pour que cela ne déteigne pas sur le patient.

Selon Phaneuf, le soignant développe des « *rapports interpersonnels très particuliers* » avec le patient inquiet, souffrant, seul. Face à ces interactions avec le patient, le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.

« *Laisser vivre ses émotions, c'est comme chasser les nuages du quotidien pour laisser apparaître le soleil* », le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge. (Phaneuf, M. 2018, p.2).

Mais pour laisser « vivre » nos émotions, il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « *vulnérables* », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert dont il faut se méfier. « *Le transfert est un processus psychologique qui tend à reporter sur d'autres personnes les émotions et les désirs ressentis. Ils peuvent osciller entre l'amour et le désintérêt, la tendresse et l'agressivité, et sont souvent imbriqués de façon ambivalente. Le terme transfert et habituellement appliqué à la réaction du patient et le terme de contretransfert à celle de la soignante.* » (Ibid., 2018, p.3).

Selon Graham Greene, on « *ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance* », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. (Ibid., 2018, p.13).

4.4 La prise en charge des patients

4.4.1 La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur.

D'après Carl Rogers, la relation soignant-soigné est centrée sur la relation d'aide. Il a développé la notion de relation d'aide, c'est pour lui une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant est essentiellement tourné vers l'autre, son vécu, sa souffrance. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que :

- la présence qui symbolise «être là» et inspire la confiance
- l'écoute qui permet de se rendre disponible pour être prêt à accueillir ce que dit l'autre et qui peut être à la fois parole et silence
- l'acceptation qui est un sentiment d'ouverture à l'autre, sa souffrance et à sa manière d'être sans exigence de changement, c'est reconnaître la personne dans toute sa dignité en dépit de son caractère, son physique, ses valeurs et sa conduite
- le respect qui repose sur la confiance, c'est manifester de l'estime, traiter avec politesse, accueillir l'autre dans sa différence et montrer sa considération

- l'empathie qui est un socle de la relation d'aide, c'est un profond sentiment de compréhension de l'aidant face à la situation de l'aidé comme s'il se mettait à sa place pour comprendre ce qu'il vit et lui apporter un réconfort sans pour autant s'identifier à son vécu et sans le vivre
- l'authenticité, c'est la capacité de l'aidant à demeurer strictement lui-même, il reste transparent et ouvert ce qui établit un climat de confiance et de simplicité
- la congruence, c'est une manière d'être de l'aidant qui se manifeste par une adéquation entre ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qu'il dit et ce qu'il fait, c'est une harmonie entre ses émotions, ses pensées et ses actions.

Selon Manoukian, « *tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/ soigné* » (Manoukian, A., Massebeuf, A. 2001, p7) et « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation* » (Ibid., 2001, p.9).

Ainsi, dès lors que nous rentrons en contact avec un patient, nous entrons dans la relation soignant-soigné.

La relation peut passer par la communication mais également par l'interprétation de certains gestes, mimiques. Ces gestes et mimiques sont le résultat de nos sentiments et de nos émotions qui ont une place prépondérante dans la relation soignant-soigné.

Selon Phaneuf, la relation soignant-soigné doit « *se dérouler dans une ambiance de chaleur humaine, de compréhension du vécu du malade et d'efficacité professionnel* » (Phaneuf, M. 2018, p.1). Mais il est parfois difficile de conserver cette ambiance chaleureuse face à la souffrance des patients, c'est là que rentre en jeu nos émotions et il peut s'installer de la tristesse, des inquiétudes...

On peut alors se poser la question de juste-distance qui est défini par Monceau comme « *étant un cadre protecteur déterminé par la profession et l'institution ; il est nécessaire autant à l'efficacité des soins qu'à la permanence des repères identitaires.* » (Mercadier, C. 2002, 2008, p.257)

4.4.2 Le soin

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins est « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »

Lacroix et Assal différencie « *to cure* » et « *to care* » alors qu'en français il existe seulement soigner. « *To cure* » désigne le geste qui guérit, le traitement médical et « *to care* » désigne le prendre soin, l'attention portée à l'autre, l'intérêt et l'accompagnement pour celui-ci. (Lacroix, A et Assal, JP. 2011).

« *Le prendre soin relève d'activités de soutien, d'accompagnement à la vie pour la maintenir, la développer, la réparer.* » (Brugère, F. 2014, p. 58 à 68). En effet, ce n'est pas forcément un soin curatif dans le cas des maladies chroniques par exemple mais plutôt un accompagnement, une aide. Le soin ne mène pas toujours à la guérison, il peut avoir une visée thérapeutique et éthique. Selon Tronto, l'éthique du care met en évidence les concepts nécessaires pour prendre soin tels que :

- L'attention, c'est-à-dire être attentif aux besoins de l'autre, « *apprendre à voir* ».
- La responsabilité, il s'agit de « *considérer [...] l'apparition de besoins de soin, et nous devons dès lors nous en soucier* ».
- La compétence, l'intention et la sollicitude ne suffisent pas, il faut être compétent pour pouvoir prendre soin et répondre aux besoins.
- La capacité de réponse qui engage la réceptivité et la compréhension. (Zielinski, A. 2010, p. 631 à 641).

Selon Hesbeen, « *prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière, c'est à dire unique* ». (Hesbeen, W. 1997). Ainsi le soin est unique et propre à chaque patient et chaque situation et prend en compte la complexité du patient.

4.5 La douleur

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) du 23 novembre 2020, « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.* »

La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence.

D'après Chauffour-Ader et Daydé, trois plans de lutte contre la douleur se succèdent :

- Le premier plan en 1998 s'articule autour de la prise en compte de la demande du patient, du développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins, du développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur, de l'information au public.
- Le second plan de 2002-2005 priorise la prévention et le traitement de la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie, de mieux prendre en charge la douleur de l'enfant et de reconnaître et traiter la migraine.
- Le troisième plan de 2006-2010 priorise l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie, l'amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre compte la douleur des patients, l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation de méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité, une structuration de la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif. (Chauffour-Ader, C., Daydé, M. 2012, p.15-16).

La douleur nécessite donc une prise en charge complexe qui requiert une formation au préalable. Cette douleur peut être complexe à exprimer et décrire, « *le patient est le seul expert de sa douleur* » (Ibid., 2012, p.33). La douleur est toujours accompagnée d'émotions car c'est « *une expérience sensorielle et émotionnelle* », elle est propre à chacun.

Selon René Leriche, « *il n'y a qu'une douleur qui soit facile de supporter, c'est celle des autres.* » (Chauffour-Ader, C., Daydé, M. 2012, p.1).

D'après Chauffour-Ader et Daydé, il faut savoir distinguer la douleur chronique et la douleur aiguë. La douleur aiguë relève d'un unique mécanisme et ne dure généralement pas le temps, la douleur chronique relève de mécanismes associés et persiste dans le temps.

La douleur aiguë nécessite une prise en charge antalgique et la douleur chronique une prise en charge globale. Il faut également savoir qu'il existe différents types de douleurs :

- Les douleurs par excès de nociception, la douleur la plus fréquente qui peut être qualifiée de mécanique ou d'inflammatoire.
- Les douleurs neurogènes qui résultent d'un dysfonctionnement du système nerveux (neuropathies...).
- Les douleurs du membre fantôme qui sont un type de douleur neurogène et qui seraient provoquées par notre mémoire.
- Les douleurs psychogènes qui révèlent un conflit psychique (dépression, névrose, hypocondrie).

Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles. Les patients n'expriment pas toujours leur douleur et les soignants se doivent de l'identifier afin d'instaurer par la suite un traitement, une adaptation pour soulager le patient. Il faut savoir évaluer la localisation, l'intensité, le temps, comment la douleur se manifeste, le retentissement. Il existe différentes échelles afin d'évaluer la douleur telles que l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, l'échelle verbale simple, l'échelle comportementale. Dans mes 2 situations rencontrées en stage, les patients étaient en soins palliatifs ou fin de vie. La douleur est au centre de la prise en charge de ces patients. Ils souffrent physiquement mais généralement souffrent également psychologiquement, d'où l'importance d'une prise en charge adaptée et efficace.

D'après Wanquet-Thibault, l'infirmier doit acquérir un raisonnement clinique afin de prévenir et traiter au mieux la douleur. Ce raisonnement clinique passe par :

- « *Penser la douleur* », c'est-à-dire prendre en considération la douleur du patient et admettre qu'il souffre.
- « *Identifier le ou les types de douleurs* », c'est-à-dire identifier le mécanisme de la douleur.
- « *Évaluer la ou les douleurs* » pour adapter la prise en charge en fonction de l'intensité de la douleur ainsi que de sa localisation et sa temporalité.
- « *La mise en œuvre du traitement* » qui associe des moyens pharmacologique et non pharmacologique.

- « *Réévaluation de l'efficacité du traitement* » pour pouvoir réajuster si besoin ou poursuivre le traitement. (Wanquet-Thibault, P. 2016, p.4-5).

La prise en charge de la douleur implique donc une mise en œuvre d'un raisonnement clinique qui permet au soignant d'adapter ses réponses, évaluer la douleur et d'avoir des connaissances théoriques et cliniques des problématiques de la douleur dans le cadre des soins infirmiers.

Selon Morasz, la douleur est « *tantôt signe d'alarme, tantôt élément d'appréciation de l'évolution d'une maladie, elle participe largement à la mise en place et à l'évaluation de la démarche diagnostique et thérapeutique* » (Morasz, L. 1999, p.44).

Ainsi la douleur nous permet de comprendre les réactions des patients et d'adapter notre prise en charge. Morasz dit que pour pouvoir prendre en charge la souffrance d'un patient il faut d'abord l'accueillir.

La question de juste-distance revient car il faut savoir accueillir la douleur, les émotions, les affects du patient sans pour autant se les approprier et se sentir submergé mais en devant assurer une prise en charge correcte. Morasz illustre alors la rencontre difficile entre la compétence relationnelle du soignant et la souffrance des soignés.

4.6 Synthèse du cadre de référence

À travers mes lectures, j'ai pu constater que toute situation de soin provoquait des émotions plus ou moins intenses chez le soignant mais également chez le patient, elles se manifestent par notre gestualité. Les émotions diffèrent selon les personnes, elles sont propres à chacun et sont inévitables. Chaque soignant gère différemment ses émotions en fonction de la personnalité, du tempérament, de la culture, de l'expérience de vie. Pour pouvoir assurer une prise en charge optimale, le soignant s'adapte et met « *de côté* » ses émotions pour ne pas se sentir submergé.

Le fait d'exprimer ses émotions pouvait les atténuer ou les exacerber. La parole permet de les accepter et les surmonter. La prise en compte de l'impact émotionnel suscité par le malade chez le soignant est essentielle. Mais il faut savoir se détacher émotionnellement pour ne pas créer d'obstacles à la prise en charge. Il faut également se méfier du transfert et du contretransfert qui sont des réactions inattendues à la suite de nos émotions et de notre vécu.

Néanmoins, le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.

Cette relation soignant-soigné intègre la relation d'aide qui vise la compréhension de ce que

vit l'autre et de sa situation.

Face à la souffrance et à la douleur physique et psychique de certains patients, il est parfois difficile de gérer ses émotions et ainsi de conserver cette ambiance chaleureuse au cœur de la relation soignant-soigné.

La souffrance des patients peut donc générer des émotions particulières chez le soignant et ainsi avoir un impact sur la prise en charge du patient et en conséquence sur le prendre soin, l'attention portée au patient, l'intérêt et l'accompagnement pour celui-ci. Le soignant doit respecter la juste-distance thérapeutique afin de se protéger et d'assurer l'efficacité des soins, il ne faut pas que le soignant s'approprie la souffrance du patient. Il y a alors une rencontre difficile entre la compétence relationnelle du soignant et la souffrance des soignés.

Nous avons pu définir les cadres de références de notre étude à travers la loi, la déontologie, les émotions, la relation soignant-soigné, le soin et la douleur.

Nous allons maintenant étudier le cadre de notre enquête exploratoire.

5) Enquête exploratoire

5.1. Outil utilisé

L'outil qui m'a permis de mener à bien mon enquête est l'entretien semi directif. C'est une méthode d'étude qualitative. Son but est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche. C'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. Pour obtenir ces données, l'entretien semi-directif se compose d'une série d'interrogations ouvertes. Celles-ci sont préparées en amont par le chercheur. Puis, les données recueillies sont analysées afin d'en tirer une conclusion argumentée. Il existe deux formes d'entretien semi directif : les entretiens à réponses libres et les entretiens centrés/ciblés. J'ai choisi les entretiens ciblés pour me permettre d'orienter mes entretiens autour des différents thèmes de mon cadre de référence. Pour mener à bien ces entretiens, il faudra définir une population à interroger ainsi qu'un lieu d'investigation. Il sera également nécessaire de définir une méthode d'analyse et de suivre une grille d'analyse.

5.2. Population choisie

La population que j'ai interrogée pour mon entretien comporte :

- Deux IDE jeunes diplômés avec une expérience allant de 1 à 5 ans
- Deux IDE avec une expérience allant de 5 à 10 ans
- Deux IDE avec une expérience de plus de 10 ans.

J'ai choisi une population variée avec des durées d'exercice différentes pour analyser si l'expérience a un effet sur la gestion des émotions, si l'ancienneté ou au contraire l'inexpérience peuvent influencer la place des émotions dans le soin et la prise en charge du patient souffrant.

Cela m'a également permis d'analyser le positionnement des soignants d'expériences différentes face aux situations où le patient souffre avec leur ressenti et le contrôle de celui-ci.

5.3. Lieux d'investigation

Les lieux dans lesquels se trouvent la population que j'ai interrogée sont :

- Unité de soins palliatifs
- Service de pédiatrie
- Service de médecine

J'ai choisi ces lieux car ce sont des services souvent confrontés à la douleur, la souffrance des patients, parfois en fin de vie ou avec des maladies chroniques. Je pourrai donc m'interroger sur la prise en charge de la souffrance des patients de tout âge en passant par les enfants, les personnes âgées et les personnes en fin de vie.

5.4. Guide de l'outil

Afin de réaliser mes 6 entretiens semi-directifs qui auront une durée d'environ 15-20 minutes, je me suis basée sur un guide d'entretien que j'ai rédigé auparavant. Mon guide d'entretien comporte des questions d'étalon sociologique et 5 questions sur les émotions et la prise en charge des patients, ces questions seront les mêmes pour chaque entretien et seront classées de la plus générale à la plus subjective. (Cf. Annexe I).

5.5. Grille d'analyse

Afin de réaliser une analyse entretien par entretien et ensuite question par question, j'ai réalisé une grille d'analyse qui m'a permis de confronter les réponses obtenues entre elles. Elles sont également confrontées à mon cadre de références. Cela m'a permis de faire ressortir les thèmes principaux évoqués lors des entretiens. (Cf. Annexe II).

5.6. Analyse

5.6.1 Entretien par entretien

Afin de préserver l'anonymat des infirmières interrogées, elles ont été renommées.

- J'ai réalisé un premier entretien avec Patricia qui est une ancienne infirmière en soins palliatifs avec une expérience de 9 ans.

Selon elle, la relation soignant soigné serait d'abord « *une relation de confiance* » (IDE1, L10) et « *une relation intime* » (IDE1, L13). Pour elle, il y a un engagement de la part du soignant dans cette relation soignant-soigné.

Dans le service, la douleur est évaluée quotidiennement, il y a d'abord une prise en charge qui est médicamenteuse pour traiter la douleur physique. Et pour la douleur psychique, il est prévu du temps pour réaliser des entretiens avec les patients ainsi que des consultations avec la psychologue. On constate qu'il y a une bonne prise en charge de la douleur et de la souffrance du patient, ce qui est essentiel pour une bonne prise en charge globale.

D'après elle, les émotions surviennent lorsqu'une situation « *va te faire résonance auprès de toi* » (IDE1, L30). Sans se mettre à la place du patient, elle pense que la situation va faire une sorte « *d'écho* » et qu'il est difficile de ne pas y penser. Elle décrit les émotions physiques comme les pleurs. Elle essaie de cacher ses émotions au patient afin de continuer d'assurer une prise en charge optimale.

Selon elle, en tant que soignant nous devons cacher nos émotions au patient : « *On est pas censé en tant que soignant montrer ses émotions mais des fois ça vient tout seul.* » (IDE1,L36). Concernant les situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions, elle déclare que ce sont les situations où le patient est en extrême souffrance et dans lesquelles le soignant ne peut plus rien faire.

Il est difficile à ce moment-là de gérer ses émotions car le soignant est mis face à ses propres limites et peut se sentir impuissant.

Lorsqu'il est impossible pour le soignant de soulager le patient, elle déclare qu'elle a du mal à prendre du recul sur la situation et à gérer ses émotions. Elle me décrit une situation où ses émotions ont joué un rôle, c'est une situation où la personne souffre énormément, la patiente va décéder et les soignants refusent de laisser ses enfants lui dire au revoir. Elle avait une fille qui avait le même âge que la patiente et elle déclare avoir réagi à la situation en tant que mère, elle s'est mise à sa place. Selon elle, « *des fois tu ne peux pas faire autrement que d'avoir un effet miroir dans certaines situations.* » (IDE1, L86).

- J'ai ensuite réalisé un entretien avec Justine qui est infirmière en pédiatrie avec une expérience de 9 ans.

Pour elle, la relation soignant-soigné est « *une relation de confiance au départ* » (IDE2, L7), que ce soit avec les enfants et avec les parents en pédiatrie.

Elle déclare qu'il y a une bonne prise en charge de la douleur en pédiatrie, autant pour la douleur physique que psychique telle que le stress, l'anxiété et la peur que les soignants rencontrent énormément en pédiatrie.

Selon elle, pour une prise en charge optimal de la douleur il faut d'abord avoir établi la relation de confiance. Concernant les émotions dans le soin, elle déclare qu'il y en a des trois côtés : pour les soignants, les enfants et les parents.

Les situations qui peuvent les submerger sont les situations stressantes ou les situations d'urgences. Lorsque je lui demande de me raconter une situation où ses émotions ont joué un rôle, elle déclare que la personnalité peut y jouer ainsi que l'humeur du soignant ce jour-là.

Elle a dû faire face au décès d'un bébé, elle pense que son vécu et son rôle de maman a influencé ses réactions et le ressenti de ses émotions. Elle déclare ne pas avoir fait de transfert mais s'être mis à la place de cette maman, contrairement à une de ses collègues qui avait un enfant du même âge qui a fait un transfert et qui n'arrivait plus à gérer ses émotions.

- J'ai réalisé un troisième entretien avec Estelle qui est infirmière en pédiatrie depuis plus de 15 ans.

Selon elle, la relation soignant-soigné est une « *une relation de confiance* » (IDE3, L6) avec les enfants ainsi qu'avec les parents.

Dans leur service, la douleur physique est prise en charge à l'aide de thérapeutiques et des protocoles qu'elles appliquent. Elle ajoute qu'il est essentiel de prendre en charge la douleur psychique également.

Lorsque je lui demande de me décrire les émotions, elle déclare que ses émotions de début de carrière ne sont pas les mêmes que maintenant, qu'elle les gère mieux et ne se laisse pas submerger. Mais parfois certaines situations peuvent tout de même faire ressortir des émotions chez elle telles que la souffrance d'un patient, elle dit avoir un moyen de défense pour rester efficace lors du soin et se met dans sa « *bulle* » (IDE3, L36).

D'après elle, les situations qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions sont « *propre[s] à chacun* » (IDE3, L.46). Pour elle, il y a des situations où le soignant peut faire un transfert car cela va lui rappeler son vécu. C'est le cas, par exemple, avec son expérience de mère. Elle déclare aussi que dans les situations où les enfants sont en grande souffrance et pourraient ne pas survivre, il est difficile de gérer ses émotions et de ne pas se laisser submerger.

Elle m'a décrit une situation où ses émotions ont joué un rôle. Elle s'est occupée d'un prématuré et a dû arrêter la réanimation et laisser partir le bébé. Elle était dans l'incompréhension et a eu du mal à gérer ses émotions. Elle pense que son vécu de maman l'a influencé dans sa réaction.

- Ensuite, j'ai réalisé un quatrième entretien avec Carla, infirmière en pédiatrie depuis plus de 15 ans.

Pour elle, la relation soignant-soigné « *est une relation où il faut [...] instaurer un climat de confiance pour au mieux prendre en charge l'enfant* » (IDE4, L8), tout en tenant compte « *de facteurs extérieurs tels que la peur, la douleur, [la prise] en compte des parents, l'anxiété aussi des parents qui parfois peut être compliqué et avoir des répercussions sur l'enfant.* » (IDE4, L9).

Elle trouve qu'il y a une bonne prise en charge de la douleur en pédiatrie, le service a mis en place des protocoles médicamenteux et évalue la douleur à l'aide d'échelle.

Il y a également des méthodes non médicamenteuses telles que la distraction, l'hypnose. Concernant la douleur psychique, il y a la possibilité d'orienter vers un psychologue.

Elle décrit les émotions comme « *la peur, l'anxiété, la douleur, des émotions négatives, la tristesse [...] la colère* » (IDE4, L33) concernant les émotions négatives et « *un état de sérénité, de bien-être* » (IDE4, L34) concernant les émotions positives. Elle pense que les émotions peuvent avoir des répercussions sur le soin et donc sur la prise en charge.

Les situations qui pourraient favoriser le fait d'être submergé par ses émotions seraient, pour elle, celles où les soignants sont en saturation, épuisés et en proie à des émotions négatives. Elle pense qu'il faut arriver à prendre du recul. Elle pense également que les situations d'urgence et les situations vitales pourraient laisser le soignant submergé.

En lui demandant de me raconter une situation où ses émotions ont joué un rôle, elle déclare que sa vie professionnelle peut jouer sur ses émotions. En effet, elle venait d'avoir son premier enfant et elle dit avoir projeté la situation par rapport à son fils qui avait le même âge que l'enfant dont elle devait s'occuper et qui a décompensé. Elle dit qu'avant d'avoir des enfants elle arrivait à prendre plus de recul sur certaines situations et qu'il est possible de faire des transferts. Elle insiste également sur l'importance du travail en équipe qui permet de passer le relais et de pouvoir parler. Elle pense que les émotions vont être vécues différemment selon l'état, le caractère, ma personnalité.

- J'ai réalisé un cinquième entretien avec Julie, infirmière en service Covid depuis 1 an et avec une expérience de 3 ans.

Selon elle, la relation soignant-soigné correspond à « *un échange, une communication entre un patient et un soignant.* » (IDE5, L5) avec une écoute, des soins et un traitement de la part du soignant. Le soignant doit faire preuve d'empathie afin de prendre soin, de soulager et de répondre la douleur et à la souffrance physique et morale du patient.

La douleur dans le service est évaluée pour savoir si elle est physique ou psychique. Les soignants utilisent des échelles afin d'évaluer la douleur et appliquent par la suite des protocoles pour soulager au mieux le patient. Pour la douleur psychique, les soignants sont à l'écoute du patient et utilisent la reformulation.

Pour elle, les émotions sont « *les réactions, le ressenti que l'on peut avoir face à une situation* » (IDE5, L19) telles que la joie, la tristesse, peur, la colère, elles « *sont naturelles et leurs arrivées sont spontanées et c'est incontrôlable* » (IDE5, L20).

Lorsque je lui demande s'il y a des situations qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions, elle déclare qu'il est normal de ressentir des émotions car les soignants sont avant tout des humains. Afin de maîtriser les émotions, elle déclare qu'il est nécessaire de garder une distance sociale et professionnelle.

Les situations qui reviennent fréquemment sont les situations d'urgences, car il faut savoir maîtriser son stress et sa peur, et les situations de décès, car il faut savoir maîtriser sa tristesse. La maîtrise des émotions va permettre d'être efficace dans le soin et de prendre en charge, au mieux, le patient.

En lui demandant de me raconter une situation où ses émotions ont joué un rôle, elle me rapporte le décès difficile d'un patient qui lui tenait la main à ce moment-là. En raison du Covid, sa femme et sa famille n'ont pas pu leur faire ses adieux. Ce décès l'a touché et elle déclare ne pas avoir su trouver les mots.

- Enfin, j'ai réalisé un sixième entretien avec Élodie, infirmière en service d'hépatologie et gastrologie avec une expérience de 4 ans.

Selon elle, la relation soignant-soigné repose sur la confiance et le respect du soignant et du soigné afin d'assurer une bonne prise en soin.

La douleur dans le service est évaluée quotidiennement et est prise en charge par des antalgiques. L'équipe mobile de la douleur peut également être contactée en cas de prise en charge complexe et pour des soins palliatifs. Elle rapporte que le service manque de temps pour prendre en charge la souffrance morale des patients mais qu'il y a la possibilité d'orienter la discussion vers une psychologue. Selon elle, les émotions correspondent simplement à « *l'expression de sentiments incontrôlés* » (IDE6, L26).

Elle pense que les situations qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions peuvent être des situations qui nous rappellent notre vie privée et des choses personnelles, mais également les accompagnements en fin de vie, les décès et les adieux entre famille. Elle déclare que les émotions que traversent les patients et leur famille à ce moment peuvent être contagieuses.

Lorsque je lui demande une situation où ses émotions ont joué un rôle, elle me raconte le décès assez brutal d'un patient qui avait des filles de son âge. Les adieux de cette famille ont été difficiles à voir pour elle et elle a eu du mal à gérer ses émotions.

De plus elle déclare y avoir penser le soir en rentrant chez elle.

Après avoir réalisé une analyse entretien par entretien, nous allons effectué une analyse question par question.

5.6.2 Question par question

La relation soignant-soigné

En interrogeant les soignants sur ce qu'est la relation soignant-soigné selon eux, j'ai remarqué que plusieurs concepts ressortaient. Tout d'abord, d'après 5 infirmières sur 6, la relation soignant-soigné repose sur une relation de confiance. En effet, il faut instaurer un climat de confiance afin de délivrer des soins dans les meilleures conditions possibles, pour le soigné, mais également pour le soignant. En comparant les propos des infirmières avec mon cadre de référence, je constate qu'ils sont en accord avec ceux de Carl Rogers car il affirme que la relation soignant-soigné est centrée sur la relation d'aide. Il affirme également que cette relation d'aide repose sur la présence du soignant qui symbolise «être là» et inspire la confiance pour le soigné. La confiance est donc essentielle à la relation soignant-soigné et à la délivrance des soins.

Je remarque qu'une seule infirmière introduit la notion d'engagement : « *il y a un engagement de la part du soignant dans cette intimité* » (IDE1 L.14). Or la relation soignant-soigné est définie comme une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité ainsi que l'acceptation du patient sans jugement de valeur. L'engagement fait donc parti de la base de la relation soignant-soigné. Ensuite, selon Julie, la relation soignant-soigné correspond aussi à « *un échange, une communication entre un patient et un soignant.* » (IDE5 L.5). En effet, lorsque nous entrons dans une relation soignant-soigné, nous devons rentrer en contact avec le patient. Cela passe donc par la communication ainsi que par l'interprétation de certains gestes, mimiques. Ces gestes et mimiques sont le résultat de nos sentiments et de nos émotions qui ont une place prépondérante dans la relation soignant-soigné.

Julie et Élodie introduisent également 3 piliers de la relation d'aide tels que l'écoute, l'empathie et le respect. Selon Carl Rogers, l'écoute permet de se rendre disponible pour être prêt à accueillir ce que dit l'autre et qui peut être à la fois parole et silence.

L'empathie est un socle de la relation de confiance. C'est un profond sentiment de compréhension de l'aidant face à la situation de l'aidé comme s'il se mettait à sa place pour comprendre ce qu'il vit et lui apporter un réconfort sans pour autant s'identifier à son vécu et sans le vivre. Et enfin, le respect repose sur la confiance. C'est manifester de l'estime, traiter avec politesse, accueillir l'autre dans sa différence et montrer sa considération.

Ainsi, la relation soignant-soigné nécessite de prendre soin du soigné, ce qui passe par la prise en charge de la douleur.

La prise en charge de la douleur

Concernant la prise en charge de la douleur dans les services, les 6 infirmières déclarent qu'elles réalisent une évaluation de la douleur à l'aide d'échelles. Cela permet ensuite une adaptation du traitement à l'aide de moyens médicamenteux et de protocoles mais également à l'aide de moyens non médicamenteux qui sont en voie de développement tels que l'hypnose, la relaxation ou la distraction. Elles déclarent qu'il y a une bonne prise en charge de la douleur et que les services tiennent bien compte du ressenti des patients.

D'après mes recherches, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles pour assurer une prise en charge optimale, ce qui est en accord avec les dires des infirmières. Les soignants doivent être formés afin d'identifier la douleur des patients pour instaurer, par la suite, un traitement, une adaptation pour soulager le patient. Il faut savoir évaluer la localisation, l'intensité, le temps, comment la douleur se manifeste, le retentissement. Il existe différentes échelles afin d'évaluer la douleur telles que l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, l'échelle verbale simple, l'échelle comportementale, et il semble que les soignants les utilisent régulièrement. Cette évaluation de la douleur permet ensuite d'adapter la prise en charge et pouvoir mettre en œuvre un traitement qui associe des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques.

Les dires des soignants sont en cohérence avec ceux de Chauffour-Ader et Daydé qui déclarent que le troisième plan de 2006-2010 de lutte contre la douleur priorise l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables. Cela afin de mieux prendre en compte la douleur des patients et l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation de méthodes non pharmacologiques. Les infirmières déclarent également réaliser des entretiens et parler avec les patients ou encore les orienter vers un psychologue afin de traiter la douleur psychique. En effet, il est essentiel de prendre en compte la douleur psychique.

Il faut donc savoir identifier les différents types de douleurs tels que les douleurs par excès de nociception, les douleurs neurogènes, les douleurs du membre fantôme et enfin les douleurs psychogènes qui révèlent un conflit psychique (dépression, névrose, hypocondrie) afin de traiter de manière efficace et adaptée la douleur. La douleur donc est au centre de la prise en charge des patients, ils souffrent physiquement mais généralement souffrent également psychologiquement.

Cela va donc créer de nombreuses réactions chez le soignant qui va passer par un spectre d'émotions.

Les émotions

Lorsque je demande aux infirmières de me décrire ce que sont les émotions selon elles, 5 infirmières sur 6 décrivent d'abord les émotions physiques telles que les pleurs, l'angoisse, la satisfaction, la peur, la tristesse, la joie, la colère, l'agressivité, la sérénité. Ces émotions sont définies selon Julie comme « *les réactions, le ressenti que l'on peut avoir face à une situation* » (IDE5, 345). Élodie et Julie déclarent que ce sont des réactions incontrôlables, spontanées et naturelles. En effet elles sont propres à chacun mais ne sont pas évitables.

Ces réponses sont en cohérence avec mes recherches, nous avons vu que l'émotion correspondait à « *une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable* » et à des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques. Nous avons également vu qu'il existe six émotions dites « *primaires* » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût.

D'après Patricia, on peut ressentir certaines émotions lorsque la situation ou le patient nous font penser à notre vie personnelle. Quatre infirmières abordent la gestion des émotions. Selon elles, certaines situations vont les faire cogiter et vont leur permettre de se remettre en question. Estelle déclare qu'avec l'expérience les émotions ne sont pas les mêmes, que l'expérience permet une meilleure gestion de celles-ci. En effet, on a vu que la maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel feront que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.

Deux infirmières évoquent le fait de cacher ses émotions devant le patient afin d'assurer la prise en charge. Lors de mes recherches, on a pu voir que le soignant ne devait pas se montrer trop expressif au risque de modifier l'organisation du soin. Il faut donc prendre en compte l'impact émotionnel suscité par le malade mais il faut savoir se détacher émotionnellement pour ne pas créer d'obstacles lors du soin et pour que cela ne déteigne pas sur le patient.

Deux infirmières abordent également l'impact des émotions sur la prise en charge. Selon elles, certaines situations peuvent les submerger et par la suite les handicaper dans la réalisation des soins et avoir des répercussions. En effet, on a vu que les émotions vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. Il faut donc trouver une juste-distance entre le ressenti des émotions et la gestion de celles-ci afin d'assurer une prise en charge optimale.

Cependant, dans certaines situations, la distance est difficile à prendre et on peut parfois être submergé.

Les situations fréquentes qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions

En interrogeant les infirmières sur les situations fréquentes qui reviennent et qui augmente le risque d'être submergé par ses émotions, 1 infirmière sur 6 évoque les contextes de souffrance. En effet, la souffrance extrême et le fait de ne pas pouvoir soulager le patient rend le soignant plus sensible face à ses émotions. Le soignant peut se sentir impuissant. On a vu qu'il était parfois difficile de conserver une ambiance chaleureuse face à la souffrance des patients. Nos émotions entrent en jeu, ainsi il peut s'installer de la tristesse, des inquiétude.

3 infirmières évoquent les contextes de décès que l'on peut relier aux contextes de souffrance car ils sont souvent associés. Il est difficile de gérer ses émotions lorsqu'on sait qu'il y a une évolution défavorable pour le patient et lorsqu'on voit l'état du patient se dégrader. Il faut pouvoir l'accompagner et apprendre à contrôler sa tristesse. Nous avons vu que selon Brugère « *Le prendre soin relève d'activités de soutien, d'accompagnement à la vie pour la maintenir, la développer, la réparer.* ». Le soin ne mène pas toujours à la guérison, il peut avoir une visée thérapeutique et éthique. De plus, 3 infirmières rajoutent que les contextes d'urgence peuvent les submerger, elles doivent apprendre à gérer leur stress, leur peur et leur anxiété face à ses situations.

Selon 2 infirmières, il est difficile de gérer ses émotions lorsqu'une situation nous fait penser à notre vie personnelle et se rapproche de nous car il est possible de faire des transferts et contretransferts.

Ainsi, la vie personnelle rentre alors en jeu dans la relation-soigné et dans la gestion des émotions. En effet, nous avons vu que les émotions des soignants ainsi que celles des patients, peuvent nous rendre vulnérables et peuvent provoquer des réactions inattendues et inconnues.

Toutes les situations qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ont des conséquences sur les réactions des soignants et sur la prise en charge des patients concernés. Les infirmières déclarent qu'il est parfois difficile de prendre du recul sur la situation mais qu'il est normal de ressentir des émotions car nous sommes des humains. On a vu qu'il fallait respecter la juste-distance pour pouvoir accueillir la douleur, les émotions, les affects du patient sans pour autant se les approprier et se sentir submergé afin d'assurer une prise en charge. Ainsi, comme l'illustre Morasz il y avait une rencontre difficile entre la compétence relationnelle du soignant et la souffrance des soignés.

Parfois, certaines situations peuvent avoir un impact plus important que d'autres. C'est ce que nous allons démontré dans la dernière question.

Une situation de soin particulière où les émotions ont joué un rôle

Enfin, en interrogeant les infirmières sur une situation de soin qu'elles ont vécu et où leurs émotions ont joué un rôle, elles évoquent des situations de grande souffrance des patients ou des situations de décès. Elles déclarent que les émotions sont arrivées de façon spontanée. Comme on a pu le voir les émotions ne sont pas évitables.

Il y a 5 infirmières qui affirment que la vie personnelle a une influence sur le ressenti des émotions et le vécu de la situation : « *je pense que parfois ta vie personnelle peut aussi jouer sur tes émotions.* » (IDE4, L.53). Les 5 infirmières ont projeté la situation sur leurs parents, leurs enfants, ou leur rôle de maman. Selon elles, « *des fois tu ne peux pas faire autrement que d'avoir un effet miroir* » (IDE1, L.89). C'est en cohérence avec ce qu'on a vu précédemment, le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.

Deux infirmières évoquent ensuite que la personnalité du soignant entre en compte dans la gestion des émotions, en effet le vécu personnel induit la personnalité. Ainsi chaque soignant a une personnalité et un caractère différent, ce qui justifie que les émotions sont propres à chacun et que les soignants ne vivent pas de la même manière une même situation.

De plus, une infirmière ajoute que l'expérience a également un impact sur la gestion des émotions face à des situations difficiles. D'après elle, elle gère mieux ses émotions après de 15 ans de carrière qu'au début. C'est en lien avec nos recherches qui déclarent que la maturité et l'expérience au travail feront que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions. On remarque que les situations sont toutes en lien avec les enfants.

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

À travers mes analyses j'ai donc pu constater que, selon les soignants, la relation soignant-soigné était basée sur une relation de confiance qui nécessitait un engagement de la part du soignant. Cette relation passe par la communication, l'empathie, l'écoute et le respect. Afin de prendre soin des patients, il est nécessaire de prendre en charge la douleur qu'elle soit physique ou psychique.

J'ai pu observer qu'il y avait une très bonne prise en charge de la douleur avec des échelles pour évaluer celle-ci, et ensuite adapter les traitements médicamenteux, ou non, à l'aide de protocoles. Les soignants réalisent également des entretiens avec les patients ce qui favorisent une bonne relation soignant-soigné. J'ai pu remarquer que les soignants définissaient les émotions physiques positives et négatives (la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur...) et qu'il était parfois difficile pour eux (les soignants) d'arriver à les gérer.

Elles déclarent aussi qu'en tant que soignantes, elles doivent cacher leur émotions devant le patient afin de ne pas impacter la prise en charge.

J'ai pu voir que les situations où elles avaient du mal à gérer leurs émotions étaient des situations de souffrance, de décès ou encore d'urgence. Certaines situations vont leur rappeler leur vécu et il est possible de réaliser des transferts et contretransferts, surtout envers des patients-enfants qui leur rappellent généralement leur rôle de mère. Leur vie personnelle, leur personnalité ainsi que leur expérience et maturité vont influencer la gestion de leurs émotions et leurs ressentis face à certaines situations. En réalisant cette analyse, j'ai pu me rendre compte que peu importe l'âge, l'expérience ou la personnalité, les soignants vont tous ressentir des émotions face à certaines situations, plus particulièrement les situations qui touchent les enfants. Cependant, il semble que la maturité acquise grâce à l'expérience permettrait de mieux gérer ses émotions sans pour autant les refouler.

Cette analyse me permet de confronter la notion de compassion et d'empathie. En effet, la compassion que l'on ressent lorsqu'on débute, c'est-à-dire, ressentir à la place de l'autre, pourra se transformer en empathie avec l'expérience, c'est-à-dire, ressentir des sentiments propres à soi face à l'autre.

5.8 Limites de l'enquête

Il est vrai que la rédaction d'un mémoire n'est pas des plus simples et que l'on peut rencontrer certaines difficultés. Pour ma part, il a été difficile de réaliser les entretiens en raison de la situation sanitaire actuelle. De plus, un échantillon plus long peut apporter différentes nuances et d'autres éléments à analyser. Le fait de réaliser un entretien semi-directif a pu orienter les réponses des infirmières. La crise sanitaire a également pu jouer un rôle sur les émotions des soignants, qui peut provoquer du stress, un mal-être, un manque de temps, et cela peut les rendre plus sensibles à certaines situations. Mes propres émotions ont également pu influencer mon interprétation des réponses.

6. Problématique

À travers ces différents entretiens, nous avons pu mettre en évidence l'importance des émotions pour les soignants. Nous avons également pu voir que chaque personne pouvait réagir différemment à différentes situations. La vie personnelle, les expériences vécues au travail ou dans le cadre privé ainsi que la personnalité et le caractère des individus vont influencer leur relation avec leur émotions et la manière dont ils vont les gérer. Grâce aux différents témoignages, nous avons pu constater que ce sont principalement les situations qui font écho avec des situations personnelles vécues par les soignants. C'est particulièrement le cas des situations avec les patients-enfants, notamment lorsque la souffrance est grande. En confrontant différents profils, nous avons également pu constater que, si l'expérience permettait de mieux appréhender ses émotions et de prendre de la distance, elle ne permettait pas de les faire taire. Il arrive encore, après plusieurs années en fonction, de rencontrer des situations difficiles. En discutant avec les infirmières et confrontant leurs dires avec ce que je peux ressentir, j'ai pu comprendre la nécessité d'être en équipe afin de lâcher la main et de pouvoir exprimer ses émotions. J'ai pu comprendre que les émotions n'étaient pas une honte, elles ne devaient pas être enterrées car elles peuvent servir à améliorer son travail et la prise en charge d'un patient. Elles ne sont pas conditionnées et sont naturelles, elles sont présentes chez tout le monde.

J'ai pu observer que les soignants exigeaient d'eux-mêmes de maîtriser leurs émotions et de les cacher devant les patients afin de ne pas impacter la prise en charge. Cette maîtrise des émotions peut être une manière de se protéger face à des émotions difficiles à supporter. On a pourtant vu que la relation soignant-soigné nécessitait de l'authenticité de la part du soignant, mais en voulant cacher ses émotions on peut se demander si le soignant reste authentique et congruent. En confrontant ma 2ème situation avec les discours des infirmières, je me rends compte que je n'étais pas la seule à ressentir de fortes émotions devant des patients-enfants. En effet, les enfants représentent l'innocence et j'ai pu ressentir de l'injustice.

7. Question de recherche

À l'aide de mes analyses et de la mise en lien avec mon cadre de référence, je me suis posée cette question de recherche :

« Entre engagement, accompagnement et empathie, comment trouver la juste-distance afin de gérer ses émotions avec des patients-enfants ? »

8. Conclusion

Pour conclure, ma question de départ était *« En quoi les émotions des soignants face à la douleur d'un patient peuvent impacter la prise en charge de celui-ci ? »*.

Après de nombreuses lectures et des entretiens, j'ai pu voir que les émotions avaient une influence dans les soins.

En effet, il est parfois difficile pour les soignants de gérer leurs émotions face à des situations qui font écho à leur propre vécu et qui souvent leur rappellent également leur rôle de maman à travers des patients-enfants. Les émotions peuvent être influencées par l'attachement, le transfert et contretransfert mais également par l'âge et l'expérience des soignants ainsi que leur expérience et histoire de vie.

En tant que soignant, on se doit de maîtriser nos émotions pour se protéger mais l'on se doit aussi de rester authentique. Il faut savoir trouver le juste milieu entre garder une distance défensive et rester neutre face à la souffrance des patients.

J'ai pu voir qu'il était nécessaire de pouvoir exprimer ses émotions et d'en parler au risque d'avoir des conséquences psychologiques (dépression, burn-out). J'ai également compris que pour pouvoir gérer ses émotions, il faut les accepter afin que cela n'impacte pas la prise en charge avec le patient.

Lorsque l'on identifie l'émotion, il est plus facile par la suite de la gérer. En effet, il faut savoir trouver la source, la cause de l'émotion afin de la surmonter et de comprendre les manifestations, telles que, par exemple, la boule au ventre ou la gorge nouée. L'identification de l'émotion permet de se comprendre soi-même.

Ce travail de recherche m'a permis de me questionner sur mes propres émotions. Mes trois années d'études ainsi que mes recherches et ce travail m'ont permis de développer des compétences et des savoirs pour ma pratique professionnelle. J'ai découvert la passion du métier. Mes stages m'ont permis d'observer la souffrance chez les patients, mais parfois aussi chez les soignants et plus particulièrement en situation de crise sanitaire.

Durant ces 3 ans, j'ai pu trouver ma place en tant que future infirmière, j'ai appris à adopter une certaine distance avec les patients quand il le fallait ou non. J'ai particulièrement apprécié la relation soignant-soigné avec des patients-enfants, même si ces patients ont tendance à nous procurer plus d'émotions. C'est peut-être le fait d'avoir une maman assistance maternelle et donc d'avoir des relations avec des enfants qui m'a rapproché des patients-enfants.

J'ai compris que je pouvais être empathique, que je pouvais accepter mes émotions tout en restant authentique et congruente. Le fait de reconnaître mes émotions me permettra d'améliorer ma relation avec le soigné et ma communication avec lui tout au long de ma carrière. Ainsi, ce travail de recherche m'aidera pour ma future profession ainsi que dans ma vie personnelle.

9. Bibliographie

Brugère, F. (2014). « *Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ?* ». *Cahiers philosophiques* (n°136), pages 58 à 68.

Cardin, Hélène. (2014). « *La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner* ». *Les Tribunes de la santé* n°42, pages 27 à 33.

Chauffour-Ader, C., Daydé, M. (2012). *Comprendre et soulager la douleur*, 2ème édition. Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.

« Code de déontologie des infirmiers », décret °2016-1605 du 25 novembre 2016

Formarier et Jovic. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème édition.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Édition Masson.

Lacroix, A., Assal, JP. (2011). *L'éducation thérapeutique des patients, accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, Paris : Édition Maloine

Manoukian, A., Masseubeuf, A. (2001). *La relation soignant soigné*, 2ème édition. Paris : Éditions Lamarre.

Mercadier, C. (2002, 2008). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 9ème tirage. Paris : Éditions Seli Arslan.

Moras, L. (1999). *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Édition Dunod.

Ouvrage collectif coordonné par Wanquet-Thibault, P. (2016). *Douleur : de la formation à la clinique infirmière*. Paris : Éditions Lamarre.

Phaneuf, M. (2018). *L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ?*

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

Zielinski, A. (2010/12). *L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. Études* (tome 413), pages 631 à 641.

Annexes

Annexe I : Guide de l'outil : guide d'entretien.....	I
Annexe II : Grille d'analyse.....	II
Annexe III : Retranscription des entretiens.....	VI
Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens.....	XXI

Annexe I : Guide de l'outil : guide d'entretien

Guide d'entretien

Questions étalon sociologique :

Quel est votre prénom ? (inventé)

Depuis quand avez-vous le DE ?

Quelle est votre expérience dans le service actuel ?

Question 1

Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?

Question 2

Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?

Question 3

Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?

Question 4

Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

Question 5

Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?

Annexe II : Grille d'analyse

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur» Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence.</p>	
<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p><i>« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. »</i></p> <p>La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence. Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« <i>une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques</i> ».</p> <p>« <i>l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable</i> ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « <i>primaires</i> » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« <i>on ne peut pas travailler sans émotions</i> », elles sont un « <i>moteur</i> » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	
---	--	--

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>Les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation.</p> <p>Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	
--	--	--

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	
---	--	--

Annexe III : Retranscription des entretiens

Entretien n°1 avec Patricia (IDE1), ancienne infirmière en soins palliatifs avec une expérience de 9 ans

1 **Moi** : Est-ce que tu peux te présenter, ton prénom, depuis quand tu es diplômée et ton expérience
2 dans le service ?

3 **Patricia**: Donc moi c'est Karine, je suis une jeune diplômée si on peut dire ça maintenant, j'ai eu
4 mon diplôme en 2012. Quand j'étais en soins palliatifs, j'avais 1 an d'expérience, j'avais fais
5 beaucoup d'EHPAD donc plus au moins aussi des accompagnements en fin de vie mais différents
6 des soins palliatifs et quand je suis arrivée en novembre 2013 en service de SSR, médecine et soins
7 palliatifs. Donc il y avait 10 de soins palliatifs, j'avais pas beaucoup d'expérience. J'ai appris sur le
8 tas et avec des collègues qui avaient plus d'expérience.

9 **Moi** : Très bien, du coup est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

10 **Patricia**: Alors, la relation soignant-soigné d'abord c'est une relation de confiance parce que la
11 personne soignée va nous confier son corps et aussi peut-être ses expériences personnelles donc il
12 faut établir une forte relation de confiance déjà à la base et après donc une fois que cette relation de
13 confiance est établie c'est aussi une relation intime parce que tu t'occupes du corps de la personne
14 donc il y aussi une part intime là dedans et forcément il y a un engagement de la part du soignant
15 dans cette intimité et des fois c'est ce qui peut être aussi difficile. Donc voilà moi je dirai d'abord
16 une relation de confiance et après une relation intime avec le patient.

17 **Moi** : D'accord merci pour ta réponse, ensuite comment est-ce que vous prenez en charge la douleur
18 et la souffrance dans votre service ?

19 **Patricia**: Alors la douleur et la souffrance dans le service elle était évaluée quotidiennement
20 plusieurs fois par jour avec des échelles et on revoyait régulièrement la souffrance du patient avec le
21 médecin du service et donc plusieurs par jour on pouvait changer les traitements si les patients
22 étaient pas calmés au niveau de la douleur. C'était d'abord médicamenteux et après il y avaient
23 beaucoup d'entretien avec le patient et de relationnel. On allait beaucoup parler avec les patients
24 pour savoir si la douleur n'était que physique ou aussi morale. Si il y avait d'autres souffrances, on
25 proposait la psychologue pour discuter.

26 **Moi** : Donc il y avait une prise en charge psychologique et physique.

27 **Patricia**: Oui exactement.

28 **Moi** : Ok, alors en suite, tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi? Dans le soin ?

29 **Patricia**: Alors les émotions elles peuvent être de plusieurs ordres c'est à dire tout simplement parce
30 que la personne va te parler va te dire quelque chose et que ça va te parler à toi enfin ça va te faire

31 résonance auprès de toi. Tu peux avoir une résonance émotionnelle dans ce sens là, ce n'est pas se
32 mettre à la place du patient mais ça fait écho à toi et forcément que tu ne vas pas le montrer sur le
33 coup au patient mais derrière ça va te faire cogiter alors soit te remettre en question sur certaines
34 choses soit on va dire faire mouliner un peu le cerveau et te faire travailler et quand tu vas partir du
35 service tu vas y penser. Après t'as tout simplement les émotions physiques et les pleurs qui arrivent.
36 On est pas censé en tant que soignant montrer ses émotions mais des fois ça vient tout seul.

37 **Moi** : Oui tu ne peux pas toujours les cacher.

38 **Patricia**: Non c'est très difficile des fois et surtout en soins palliatifs.

39 **Moi** : Alors, ensuite est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent
40 fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

41 **Patricia**: Alors des contextes et des situations... ça peut être dans des contextes de souffrances où
42 la personne est dans une souffrance extrême et que toi en tant que soignant tu ne peux plus rien
43 faire. Au niveau des émotions c'est très très compliqué à gérer, parce qu'on n'est pas dans le curatif
44 dans les soins palliatifs mais dans l'accompagnement et des fois l'accompagnement il a ses limites et
45 quand tu es mis face à tes limites c'est très compliqué pour un soignant d'arriver à faire avancer les
46 choses et surtout à porter une aide au patient. Et dans ces cas là oui la souffrance est intense et ça
47 revient régulièrement, les émotions reviennent et puis toi tu es impuissant face à ça et c'est
48 compliqué en tant que soignant, dans le sens où quand tu es soignant tu as envie de soulager au
49 maximum la personne. La soulager aussi bien physiquement que moralement et dans ces cas là tu as
50 tendance à souvent prendre les émotions et à être une éponge malheureusement, on a beau dire qu'il
51 faut prendre du recul, le recul est parfois difficile à trouver.

52 **Moi** : ensuite, dernière question, est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes
53 émotions ont joué un rôle ?

54 **Patricia**: Une situation de soin où mes émotions ont joué un rôle... Je dirai que j'ai le cas d'une
55 dame qui avait une cinquantaine d'années, qui avait un cancer de l'utérus qui était en soins palliatifs
56 chez nous et cette dame avait des rayons constamment au niveau de la vulve et elle était brûlée.
57 Cette dame on lui passait de la flamazine 3/4 fois par jour, je n'en pouvais plus de la voir souffrir
58 cette dame c'était devenu horrible. La flamazine ne faisait plus rien. Un jour je me suis dis c'est pas
59 possible, si j'étais à sa place. De voir cette souffrance et la position qu'elle devait prendre, elle devait
60 écarter les jambes, tu lui faisais les toilettes 3/4 fois dans la journée. Un jour je suis sortie de sa
61 chambre je n'en pouvais plus parce qu'elle avait fait que pleurer pendant le soin et je suis allée voir
62 le médecin et je lui ai dis c'est plus possible on peut plus continuer comme ça il faut que ça change,
63 elle se faisait pipi dessus parce que elle était brûlée donc elle avait plus de sphincter. C'était des
64 conditions d'être terribles et là tu peux pas, ça a été plus fort que moi. Je pense que c'est une des

65 seules fois où vraiment les émotions ont pris le dessus. Et il y a une autre fois, avec une collègue on
66 s'occupait d'une dame qui avait une double mastectomie, une jeune qui avait 2/3 ans de plus que
67 moi. Et qui au moment de décéder la famille, les médecins et la psychologue se demandaient s'il
68 fallait faire venir les enfants de cette dame pour qu'ils lui disent au revoir. Et ses enfants ils avaient
69 à peu près le même âge que les miens et surtout de ma fille. Et je m'étais mis en colère dans le
70 service, je gueulais il n'y a pas d'autre terme... Parce que je ne comprenais pas qu'on puisse
71 interdire des enfants d'aller dire au revoir à leur maman. Et cette fois là, j'arrivais pas à comprendre
72 qu'on puisse décider à la place de la maman si c'était bien pour les enfants qu'on lui emmène ou
73 qu'on ne lui emmène pas. Et moi là j'ai réagis en tant que mère en faite, je me suis dis mais le jour
74 où je mourrai est-ce que j'aurai pas envie de voir mes enfants et les avoir auprès de moi, même si
75 c'est terrible pour les enfants. Peut-être que je ne me suis pas posée les bonne questions à ce
76 moment là mais j'étais très très en colère qu'on ne puisse pas laisser les enfants à leur maman. Je me
77 suis dis comment moi je voudrai, je me suis mise à sa place. Alors elle était peut-être pas en
78 capacité de juger parce qu'elle était presque à l'agonie, je pense qu'on ne pouvait pas lui demander.
79 Mais on a décidé pour elle et pour eux, pour ses enfants, s'ils avaient le droit ou pas de voir leur
80 maman. Et quand ils ont enfin décidé de faire venir les enfants, la maman était décédée depuis au
81 moins 2 heures. Et ce jour-là, ça a été... Tu vois je t'en parle et les émotions reviennent... ça me
82 bouleverse encore parce que je me suis dis comment on peut décider à la place de quelqu'un de ce
83 qui est bien ou pas pour les gens. Cette situation en fait ça a été la plus terrible, lorsque cette dame
84 est décédée on était plusieurs soignants à pleurer, on était toutes touchées et la seule chose que le
85 médecin nous a dit c'est qu'il n'admettait pas que des soignants puissent pleurer sur la mort d'un
86 patient. Alors que je suis désolée mais c'est humain de pleurer, d'avoir un attachement envers un
87 patient parce que tu l'accompagnes jusqu'à la fin et moi je me dis que le jour où je pleurerai plus
88 parce que quelqu'un me touche, c'est ce jour-là que je pourrai me dire qu'il faut que je change de
89 boulot. Et c'est vrai que des fois tu peux pas faire autrement que d'avoir un effet miroir dans
90 certaines situations. Voilà j'espère que j'ai répondu à tes questions.

91 **Moi** : Oui c'est parfait, merci pour tes réponses.

Entretien n°2 avec Justine (IDE2), infirmière en pédiatrie avec une expérience de 9 ans

1 **Moi** : Alors pour commencer est-ce que tu peux te présenter, ton prénom, depuis quand tu es
2 diplômée et ton expérience dans le service ?

3 **Justine** : Alors moi je m'appelle Justine, je suis infirmière depuis 2012, donc ça fait 10 ans, ça fait 8
4 ans que je suis pédiatrie et 1 an et demi que je suis au consultation externe de pédiatrie.

5 **Moi** : Alors ensuite est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

6 **Justine** : La relation soignant-soigné elle est importante parce que si le patient n'est pas d'accord on
7 ne peut pas lui apporter nos soins, donc il faut quand même que ce soit une relation de confiance au
8 départ, et en pédiatrie il faut que l'enfant soit en confiance et il faut aussi que les parents soient en
9 confiance avec le soignant, c'est une relation triangulaire en pédiatrie. Si l'enfant il n'est pas partant
10 mais que les parents nous font confiance ils vont l'encourager dans notre sens et ça se passera
11 mieux, il faut que le parent soit de notre côté entre guillemet pour que ça se passe mieux et que tout
12 le monde soit coopérant, si le parent est retissant, il n'y a pas de raison que l'enfant soit en confiance
13 alors que le parent a des doutes. Donc ouais je pense que la base c'est la confiance.

14 **Moi** : Alors après, comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre
15 service ?

16 **Justine** : Alors il y a 2 douleurs, il y a la douleur d'un petit qui a une appendicite par exemple, nous
17 on la rencontre pas vraiment dans le service parce qu'on n'est pas un service d'urgence. Et il y a la
18 douleur qu'on va induire avec nos soins, la douleur d'une piqûre, la douleur d'un pansement, j'ai
19 l'impression qu'on la prend pas trop trop mal en charge. Alors c'est des consultations, sur rendez-
20 vous la plupart du temps donc les parents on leur dit au téléphone qu'ils peuvent mettre de l'EMLA,
21 on peut leur faire une ordonnance, on utilise beaucoup le MEOPA, le protoxyde d'azote pour qu'ils
22 se détendent, on a le sucre doux pour les plus petits pour les prises de sang, vaccination. Les
23 vraiment bébés on les fait mettre au sein quand ils sont allaités donc ça marche bien ça aussi. Et on
24 fait quand même un peu d'hypnose et de relaxation associés au MEOPA, on les distrait, on chante au
25 moins ça fait rire tout le monde. Voilà

26 **Moi** : D'accord, et au niveau de la douleur psychique ?

27 **Justine** : Oui alors il y a l'anxiété, l'angoisse, ça c'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile parce que
28 bon l'EMLA, une fois que la peau est endormie tout va bien mais malgré tout si il a peur c'est vrai
29 que c'est compliqué. D'où la relation de confiance du coup, quand ils ont confiance un peu en toi,
30 qu'ils sentent que les parents sont ok, ça se passe un peu mieux mais c'est vrai que des fois c'est un
31 peu difficile et il y a pas si longtemps on avait un grand de 10/12 ans, alors moi je ne m'en suis pas
32 occupée mais j'ai suivi la situation. Il avait très très peur de la prise de sang donc on avait tout mis

33 en place et en fait il a fallu qu'elle pique une première fois un peu en « freestyle » pour qu'il se
34 rende compte que finalement ça fait pas si mal et à partir de ce moment là ça s'est bien passé. Voilà.

35 **Moi** : Ensuite est-ce que tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi dans le soin ?

36 **Justine** : Les émotions il y en a des 2 côtés, des 3 côtés même. Les enfants ils sont souvent
37 angoissés, ils ont la peur. Les parents aussi c'est la même, un peu l'angoisse, un peu la peur qu'on
38 fasse mal à leur enfant. Nous, on est satisfait d'un travail bien fait même si il y eu un échec entre
39 temps, si tu as pris le temps et que tu as mis le nécessaire en place. Après, il y a des soins simples
40 qui sont finalement lourds, tu vois une prise de sang toute simple ça peut nous vider toute notre
41 provision de la journée. Après dans l'ensemble c'est plutôt positif, souvent t'es satisfait de ton travail
42 sinon tu arrives à la maison avec un bagage qui est trop lourd.

43 **Moi** : Alors, ensuite est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent
44 fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

45 **Justine** : Je pense que ce qui peut être pénible pour nous dans ce service là c'est les demandes de
46 médecin dans l'urgence, on doit faire une prise de sang rapidement là du coup l'EMLA c'est pas
47 possible, si c'est pas le bon moment pour l'enfant beh il va falloir que ce soit le bon moment, si nous
48 on est débordé ça fait un stress supplémentaire. Ça va mettre une pression à tout le monde. C'est
49 peut-être ça qui va nous mettre en difficulté.

50 **Moi** : Et du coup, pour finir est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes émotions
51 ont joué un rôle ?

52 **Justine** : Je pense qu'il y en a pleins parce que malgré tout on nous dit de laisser notre personnalité
53 au vestiaire mais on vient bien avec. Même si effectivement on essaie de pas être trop mal lunée on
54 vient quand même avec la patience qu'on a ce jour-là, avec les nouvelles que tu as pu avoir. Je pense
55 que tout le temps un peu ça influe. Alors moi la situation la plus difficile que j'ai eu en pédiatrie
56 c'était un petit qu'on a finalement perdu mais on l'a perdu à Marseille. C'était un traumatisme
57 crânien qui n'avait pas été détecté et qui a fini par faire une mort cérébrale. On a fait une
58 réanimation dans la nuit et bon tu sais pas ce qu'il t'arrive en fait, tu sais qu'il ne va pas bien mais tu
59 sais pas ce qu'il t'arrive alors déjà l'inconnu ce n'est pas super rassurant. Il est rentré là pour des
60 vomissements, il a été vu par plusieurs médecins et infirmières et personne n'avaient rien vu donc
61 déjà tu te dis pourquoi d'un seul coup là ça va plus. Donc là c'était le premier stress. Le deuxième
62 stress c'est les parents qui te disent qu'est-ce qu'il a mais t'en sais rien, tu ne peux pas répondre.
63 Alors je pense qu'il y a un moment où j'étais entre 2, à pleurer avec la mère ou à tenir mon rôle et
64 finalement j'ai réussi à tenir mon rôle et je me suis étonnée parce que je n'avais jamais eu de
65 situation aussi compliquée. C'était difficile parce qu'il a fallu soigner l'enfant, on ne pouvait le
66 déplacer dans la salle de soin il a fallu rester dans la chambre, on a du faire sortir la mère à un

67 moment parce que c'était pas possible qu'elle voit son enfant comme ça, on la gardait un bon
68 moment avec nous tant qu'on ne savait pas trop où on allait. Elle ne voulait pas sortir cette maman,
69 je pense que j'aurai pas voulu sortir non plus à sa place, c'est compliqué. Donc ça je pense mes
70 émotions elles ont du jouer un rôle parce que j'ai laissé la mère je pense que j'aurai pas du au départ,
71 il a décompensé même si je ne savais pas ce que c'était j'aurai du la faire sortir à partir du moment
72 où il y a le néonate qui est venu, le pédiatre qui est venu, on aurait du faire sortir la mère plus tôt. Je
73 pense que c'est peut-être mon vécu de maman, moi jamais on me fera sortir de la chambre quand
74 mon gamin décompense dans la chambre, c'est pas possible. Alors après du coup je suis venue la
75 voir très très souvent j'étais un peu entre les 2 pour lui dire qu'on s'en occupait. Je pense que c'est
76 plus mon rôle de mère, j'ai pas fait de transfert, j'ai un collègue qui a fait un transfert, son fils avait
77 le même âge. Mais je me suis mise à la place de cette mère, pas en tant que mon enfant est en train
78 de mourir mais en tant que moi j'aimerais être au courant parce que quand t'es à côté et que tu vois ce
79 qu'il se passe sans savoir ce qu'il se passe c'est difficile. Donc d'un côté c'est un peu des émotions et
80 si je n'avais pas été maman ça aurait peut-être été différent. Après dans une situation de soin
81 classique, il y a des enfants des fois qui ont des grosses angoisses et on n'arrive pas à les raisonner
82 et des fois tu perds un peu patience, tu te dis qu'est-ce que je peux faire de plus après avoir tout
83 essayé, des fois t'es entre très disponible au début, un peu agacé après et ils le sentent, tu passes par
84 pleins d'émotions. Je sais pas si j'ai répondu à tes questions.

85 **Moi** : Oui merci beaucoup.

Entretien n°3 avec Estelle (IDE3), infirmière en pédiatrie avec une expérience de plus de 15 ans

1 **Moi** : Donc déjà est-ce que tu peux te présenter, ton prénom, depuis quand tu es diplômée et ton
2 expérience dans le service ?

3 **Estelle** : Donc moi c'est Estelle, je suis diplômée infirmière depuis depuis 2004 et puéricultrice
4 depuis 2008 et je travaille en pédiatrie depuis 2006.

5 **Moi** : Alors ensuite est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

6 **Estelle** : Pour faire court alors vraiment une relation de confiance surtout pour la pédiatrie, il faut
7 établir un premier contact pour mettre l'enfant en confiance, le rassurer et lui apporter tout le confort
8 qu'on peut pour lui faire tous les gestes invasifs qu'on a prévu de lui faire en lui expliquant. Voilà
9 pour moi c'est ça la base, la relation de confiance pour résumer assez rapidement. Il y a aussi la
10 relation de confiance avec les parents qu'on va essayer d'établir, si on les met pas eux en confiance
11 l'échange va être compliqué et le soin va être difficile, on prend plus de plaisir entre guillemet à
12 réaliser un soin quand tout se passe bien et eux ils peuvent le vivre de façon plus simples aussi.
13 C'est indispensable que ce soit avec les parents et les enfants parce que finalement les enfants c'est
14 assez facile on voit tout de suite si on va réussir à le calmer à l'apaiser à faire en sorte que ce soit le
15 moins désagréable possible pour lui et pour nous mais si on n'arrive pas à mettre les parents en
16 confiance c'est très compliqué, la relation sera biaisée.

17 **Moi** : Alors ensuite, comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans
18 votre service ?

19 **Estelle** : Pour des soins douloureux on essaie de faire au mieux, de prévenir à l'avance avec des
20 moyens thérapeutiques, de l'EMLA 1 heure avant, double dose de doliprane, on a des protocoles
21 médicaux pour faire en sorte que ce soit le moins douloureux possible. Après on utilise beaucoup le
22 MEOPA, il y a énormément la distraction aussi pour une prise en charge d'un soin douloureux.

23 **Moi** : D'accord et du coup au niveau de la douleur psychique comment vous la prenez en charge ?

24 **Estelle** : Alors oui la prise en charge psychique elle est obligatoire, alors moi j'avais appris que dans
25 la douleur t'avais 50 % de composante psychologique donc si tu arrives à distraire l'enfant, à le
26 rassurer déjà le ressenti sera beaucoup moins intense. Donc si tu arrives à établir un bon contact
27 pour que l'enfant se sente à l'aise déjà tu sais que t'auras une sensation moins douloureuse à vivre
28 pour lui.

29 **Moi** : Est-ce que tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi dans le soin ?

30 **Estelle** : Les émotions dans le soin c'est difficile... C'est peut-être, alors déjà moi ça fait longtemps
31 que je travaille donc mes émotions de début carrières elles étaient pas forcément pareilles que

32 maintenant. Mais maintenant j'en ressens toujours des émotions mais j'arrive mieux à les gérer donc
33 je les vis mieux mais je peux me laisser déborder par mes émotions tu vois. Par exemple dans des
34 situations où il y a trop de douleur, où on n'arrive pas à soulager l'enfant, là vraiment je suis
35 submergée par mes émotions et ça peut m'handicaper dans la réalisation de mes soins. C'est les
36 moments les plus gênants, alors des fois j'essaie de me mettre un petit peu dans ma bulle et c'est
37 pour ça que le rôle de l'auxiliaire de puéricultrice est tellement important parce qu'elle peut
38 s'occuper de la distraction et du coup l'infirmière peut se concentrer sur le soin technique. Alors des
39 fois j'avoue que quand je sens que je vais avoir du mal à supporter de voir un enfant pleurer, de voir
40 la détresse des parents, je vais peut-être me mettre un peu dans ma bulle, c'est ma... comment
41 dire... mon moyen de défense, mes émotions débordent un peu trop et que ça va m'handicaper, je
42 vais en quelque sorte m'enfermer pour rester apte à réaliser tous les soins technique et de façon
43 efficace pour que ça dure le moins longtemps possible.

44 **Moi :** Ensuite est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment
45 et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

46 **Estelle:** En pédiatrie je pense que c'est propre à chacun. Pour moi c'est dur... Alors il y a eu
47 plusieurs étapes dans ma vie d'infirmière. Déjà quand tu viens d'avoir un enfant tu peux faire des
48 transferts parce que des fois tu vois dans les enfants des enfants de ton entourage, tes enfants ou des
49 proches et là ça devient difficile, ça c'est toujours les moments en général où tu te retrouves
50 submergé et du coup tu peux être moins efficace. En ce moment on a beaucoup d'enfants avec des
51 pathologies chroniques qui reviennent souvent, qui sont en soins palliatifs, tu sais qu'il y a une issue
52 qui est forcément défavorable et ici dans ce service là c'est ça qui est difficile, tu sais que ça va être
53 compliqué, tu sais que ces enfants ils vivent des choses difficiles, qu'ils sont tout le temps dans les
54 hôpitaux, ils sont tout le temps ici ou à Marseille. Donc ça c'est récurrent et c'est dur parce que tu
55 connais les issues et c'est compliqué de les voir se dégrader. Et avant d'être ici j'étais en réa-néonatal
56 et tu savais pas si les enfants allaient survivre, ça c'était vraiment le quotidien et ça m'est arrivé
57 d'être vraiment submergée par mes émotions et d'être obligée de partir parce que j'étais plus capable
58 d'avancer, plus capable d'être efficace et dans ces cas là c'est très important d'avoir une équipe
59 soudée, une équipe à qui tu peux parler et puis savoir reconnaître les moments où toi tu y arrives
60 plus et qu'il faut passer la main.

61 **Moi :** Et ensuite la dernière question, est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes
62 émotions ont joué un rôle ?

63 **Estelle :** En fait, j'avais été interrogée l'année dernière par une étudiante et j'ai l'impression que c'est
64 toujours la même histoire qui revient. Et du coup c'était en réa-néonatal, on avait travaillé toute la
65 journée sur un enfant qui avait de gros problèmes cardiaques, qui était donc intubé, qui avait un tas

66 de choses très techniques autour de lui et je m'étais occupée que de cet enfant pendant ma journée
67 entière de travail depuis 7h du matin sans sortir de la chambre et en milieu d'après-midi voilà il s'en
68 va d'un coup, le médecin décide d'arrêter les thérapeutiques et la réanimation active. Donc on arrête
69 tout d'un seul coup et on laisse partir l'enfant et moi j'étais du coup depuis au moins 8h dans cette
70 chambre à mettre tout en œuvre et à être active et on était bien évidemment agressive, j'étais dans une
71 dynamique de réanimation et au moment où il a fallu tout arrêter, appeler la maman et beh là j'ai eu
72 un moment où vraiment j'ai été submergée, j'ai plus pu arrêter, j'ai pas compris la décision du
73 médecin, pourquoi comme ça en 5 minutes alors que 15 minutes on faisait des transfusions, des
74 choses très agressives et d'un seul coup on arrête alors intellectuellement tu le comprends et puis il y
75 a des moments où tu peux plus et tu ne sais pas pourquoi ce jour là alors que ça fait des années que
76 tu fais de la réanimation, tu ne t'attends pas à ça. C'est peut-être mon vécu de maman. Du coup les
77 larmes sont montées, j'ai attendu que la maman arrive, on a extubé l'enfant, on lui a mis dans les
78 bras et là au lieu de rester comme j'aurai du et comme j'aurai voulu le faire pour accompagner cette
79 maman qui en avait besoin, je suis partie et une collègue avec qui j'avais l'habitude de travailler est
80 rentrée et elle a vu mon regard elle a compris et elle est venue au près de la maman. Et du coup
81 j'étais vraiment très frustrée de ne pas être allée au bout de cet accompagnement mais ce jour là je
82 me suis retrouvée vraiment submergée. Voilà, c'est bon pour toi ?

83 **Moi** : Oui c'est bon pour moi j'ai les éléments qui me fallait, merci d'avoir pris le temps de
84 répondre.

Entretien n°4 avec Carla (IDE4), infirmière en pédiatrie avec une expérience de plus de 15 ans

1 **Moi** : Est-ce que tu peux commencer par te présenter, ton prénom, depuis quand tu es diplômée et
2 ton expérience dans le service ?

3 **Carla** : Donc Carla, je suis puéricultrice depuis 2004 et j'ai commencé à travailler en pédiatrie
4 directement, j'ai d'abord été dans un service d'hospitalisation de grands enfants donc de 4 ans
5 jusqu'à 18 ans, après 10 ans aux urgences pédiatriques et depuis quelques mois au consultation
6 pédiatrique.

7 **Moi** : Ok, ensuite est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

8 **Carla** : C'est une relation où il faut, surtout en pédiatrie, instaurer un climat de confiance pour au
9 mieux prendre en charge l'enfant, après il faut aussi tenir compte aussi de facteurs extérieurs tels
10 que la peur, la douleur, prendre en compte les parents, l'anxiété aussi des parents qui parfois peut
11 être compliqué et avoir des répercussions sur l'enfant.

12 **Moi** : Après, est-ce que tu peux me dire comment vous prenez en charge la douleur et la souffrance
13 dans votre service ?

14 **Carla** : Je pense qu'en pédiatrie on tient quand même bien compte de la douleur de l'enfant, il y a
15 des progrès, c'est un travail de groupes avec les pédiatres. On a amélioré la prise en charge de la
16 douleur avec les chirurgiens. Et on pédiatrie on tient bien compte de la douleur, que ce soit par des
17 protocoles qu'on met en place médicamenteux que ce soit pour le bébé le sucre doux, après le
18 doliprane en fonction des paliers, on adapte le traitement on peut aller jusqu'à la morphine, le
19 méopa est aussi très utilisé en pédiatrie, ça les aide beaucoup, il y a l'anesthésie locale aussi. Après
20 il y a des méthodes non médicamenteuses qui se mettent en place avec la distraction, les tablettes,
21 chanter les comptines, l'hypnose. Après on a pleins d'échelles de douleur qui sont aussi mises en
22 place en fonction de l'âge de l'enfant, du contexte, de la pathologie. Je pense qu'on essaie de bien
23 prendre en compte la douleur et de prendre en charge au mieux la douleur chez l'enfant. Et la
24 douleur psychique c'est vrai que nous je pense que le méopa les aide aussi, parfois chez les
25 adolescents c'est un peu addictif, ils sont plus détendus et ils sont dans un état de bien-être. Après il
26 y a toujours la possibilité de les orienter vers une psychologue, on travaille pas mal avec elle, on fait
27 les liens. C'est vrai qu'on pense souvent à la douleur physique en premier mais il y a la douleur
28 psychique et parfois je pense que physiquement il n'y a pas de douleur mais la douleur est ancrée
29 psychiquement et ça peut jouer sur la suite des soins. C'est pour ça je pense qu'il est nécessaire de
30 prendre en charge la douleur dès les premiers soins parce qu'après la douleur elle est ancrée et c'est
31 difficile pour que l'enfant puisse reprendre confiance après.

32 **Moi** : Ensuite, est-ce que tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi dans le soin ?

33 **Carla** : Il peut y avoir la peur, l'anxiété, la douleur, des émotions négatives, la tristesse voilà ils se
34 mettent à pleurer, la colère, après il y a plus les émotions positives, où ça va bien se passer pour
35 l'enfant donc on est dans un état de sérénité, de bien-être, même parfois quand ils sont sous méopa
36 ils sont hilarants, ils rigolent, ils sont joyeux. Après je pense que nous aussi niveau émotion quand
37 un soin se passe bien, que l'enfant coopère, qu'on arrive à trouver un bon accord, qu'il se laisse faire
38 c'est quand même très agréable pour nous aussi de pouvoir travailler dans ces conditions et voir que
39 tout se passe bien, c'est même valorisant, ça fait plaisir. Après c'est vrai qu'il y a des situations de
40 soins où les parents voient leur enfant en train de souffrir et que c'est difficile pour eux il peut y
41 avoir de l'agressivité aussi, même nous on est dans un état de tension et l'enfant le ressent des deux
42 côtés et il y a des répercussions après sur le soin, sur la prise en charge.

43 **Moi** : Alors, ensuite est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent
44 fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

45 **Carla** : Alors, aux urgences, oui. Il y en a beaucoup c'est des motifs de consultations, je pense que
46 quand on est en saturation dans un service ça renvoie des émotions difficiles à gérer et l'accueil peut
47 en pâtir, ça peut être épuisant. Je sais qu'il faut arriver à prendre du recul mais il y a certaines choses
48 quand même qui fatiguent. Après il y a les urgences, des situations vitales, il faut une gestion du
49 stress et c'est vrai que là niveau émotion il faut arriver à gérer la prise en charge et la peur chez les
50 parents.

51 **Moi** : Et du coup pour finir, est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes émotions
52 ont joué un rôle ?

53 **Carla** : Alors j'en ai une, je pense que parfois ta vie personnelle peut aussi jouer sur tes émotions.
54 Parce que c'était après avoir eu mon premier enfant, je suis venue travailler et je devais mettre une
55 sonde naso-gastrique sur un petit qui était déshydraté mais le médecin n'a pas décidé de le perfuser.
56 Et j'ai eu du mal à poser la sonde et il a commencé à spasmer, à se bloquer, et c'est vrai j'ai perdu
57 mes moyens, on l'a mis en salle de déchoquage, j'ai pas réussi et j'ai une collègue qui l'a vu et qui a
58 pris le relais. Ça a été très dur pour moi et c'est vrai que là j'ai projeté sur mon enfant qui avait à peu
59 près le même âge. C'était la première fois que ça m'arrivait, et c'est vrai qu'une fois que t'as des
60 enfants c'est difficile, avant j'arrivais à prendre du recul par rapport à des situations et après quand ta
61 vie change tu peux faire des projections mais c'est humain et des fois c'est compliqué. Après voilà
62 c'est ça qui est bien de travailler en équipe, tu peux passer le relais et il faut savoir passer la main.
63 Parfois tu arrives à prendre plus de recul, selon l'état dans lequel tu es, si tu es fatigué ou si tu es
64 bien, ton caractère ou ta personnalité, il y a pleins de choses qui rentrent en compte et qui t'aident à
65 gérer les situations et tes émotions aussi. Il faut peut-être savoir en parler aussi. Voilà

66 **Moi** : Bon beh merci beaucoup, tu as répondu à mes questions.

Entretien n°5 avec Julie (IDE5), infirmière en service covid avec une expérience de 3 ans

1 **Moi** : Alors est-ce que tu peux te présenter, ton prénom, depuis quand tu es diplômée et ton
2 expérience dans le service ?

3 **Julie** : Je m'appelle Julie, je suis diplômée depuis 2018 et je travaille en service covid depuis un an.

4 **Moi** : Très bien, ensuite est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

5 **Julie** : Alors, c'est un échange, une communication entre un patient et un soignant. Pour le soigné,
6 c'est la découverte de sa maladie afin d'y faire face. Il attend alors des réponses, une écoute, des
7 soins et le traitement de sa pathologie de la part du soignant. Et pour le soignant, c'est une écoute
8 active avec de la reformulation. Il doit faire preuve d'empathie. C'est également apporter des
9 connaissances ainsi que des solutions dans la mesure du possible. C'est aussi prendre soin, soulager
10 et répondre à la douleur et à la souffrance physique et morale du patient.

11 **Moi** : Après, comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre
12 service ?

13 **Julie** : Tout d'abord, il faut évaluer si la douleur est physique ou psychique. Selon l'âge du patient,
14 la pathologie et la capacité du patient de nous répondre, on utilise les moyens comme l'EVA,
15 évaluation comportementale avec le faciès, les gémissements... Ensuite on en fait part au médecin
16 et à l'équipe, on applique les protocoles de la douleur, les prescriptions écrites ou orales. Pour la
17 douleur psychique, on fait preuve d'écoute, de reformulation.

18 **Moi** : Est-ce que tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi dans le soin ?

19 **Julie** : Les émotions ce sont les réactions, le ressenti que l'on peut avoir face à une situation, il y a
20 la joie, la tristesse, peur, la colère... Elles sont naturelles et leurs arrivées sont spontanées et c'est
21 incontrôlable.

22 **Moi** : Alors après, est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent
23 fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

24 **Julie** : Au quotidien on doit faire face à des situations où nos émotions peuvent être submergées,
25 parce qu'on est des êtres humains et qu'on réalise un métier et des soins envers des individus et non
26 des machines. Mais je pense qu'une de nos qualités première en tant qu'IDE, c'est de savoir
27 maîtriser nos émotions, il faut garder une distance sociale et professionnelle avec les patients, tout
28 en faisant preuve d'empathie. Certaines circonstances nous le rappelle chaque jour comme les
29 situations d'urgences parce qu'il faut maîtriser son stress, sa peur. Ou quand on est face à la mort, il
30 faut savoir contrôler sa tristesse. C'est pour pouvoir être optimum dans la prise en charge du patient.

31 **Moi** : Et enfin est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes émotions ont joué un
32 rôle ?

33 **Julie** : Alors, la situation elle s'est déroulée en service Covid, c'était un dimanche après-midi.
34 Il y avait un couple de patients octogénaire qui était hospitalisé dans le service depuis plus de 3
35 semaines. Ils étaient là pour une décompensation respiratoire mais ils étaient dans des chambres
36 individuelles différentes. Et donc, la patiente elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer, quant à
37 son époux, lui, il ne présentait aucun trouble de mémoire. Pendant l'après-midi, d'un coup le patient
38 a commencé à décompenser au niveau respiratoire. Et ses derniers mots ont été « je vais abandonner
39 ma femme ». Je n'ai pas su ni eu le temps de trouver les mots. Le patient nous a quitté et il me
40 tenait la main à ce moment là. On a prévenu la famille de la triste nouvelle et elle nous demandé de
41 ne pas prévenir son épouse. C'était encore plus difficile, elle nous questionnait en permanence sur
42 l'état de santé de son mari et elle nous sollicitait pour aller lui rendre visite. Ensuite on a précisé à la
43 famille qu'il était soit possible de déposer le défunt en chambre mortuaire au sein de l'hôpital, soit
44 de faire appel aux pompes funèbres. Mais à cause des procédures d'hygiènes imposées dans le
45 service, la mise en bière devait être réalisée au sein du service. Du coup, la famille a fait le choix de
46 faire recours aux pompes funèbres. Les visites étaient interdites au sein de l'hôpital et encore plus
47 dans le service covid, donc on a proposé avec l'accord du médecin de garde, un droit de visite pour
48 seulement deux des proches du défunt. Donc là c'était difficile parce que clairement on demandait à
49 la famille de faire un choix sur les deux seules personnes qui pourraient dire « au revoir » au défunt.
50 Quand la famille est sortie du service, on a accueilli les pompes funèbres et c'était la première fois,
51 première fois que j'assistais à une mise en bière directement en chambre en milieu hospitalier.

52 **Moi** : D'accord merci pour tes réponses.

Entretien n°6 avec Élodie (IDE6), infirmière en service d'hépatologie et gastrologie avec une expérience de 4 ans

1 **Moi** : Alors déjà est-ce que tu peux te présenter, ton prénom, depuis quand tu es diplômée et ton
2 expérience dans le service ?

3 **Élodie** : Alors donc je suis Élodie, je suis diplômée depuis 2017 et je travaille dans mon service
4 actuel depuis 3 ans et demi donc en service d'hepato Gastro où l'on reçoit également de
5 l'infectiologie, cancérologie, addictologie.

6 **Moi** : Ok alors après est-ce que tu peux me définir la relation soignant-soigné selon toi ?

7 **Élodie** : Pour moi, la relation soignant-soigné elle repose sur la confiance et le respect que ce soit
8 du patient envers le soignant mais aussi du soignant envers le patient. Il faut créer d'un
9 environnement favorable à une bonne prise en soin.

10 **Moi** : Très bien ensuite est-ce que tu peux me dire comment est-ce que vous prenez en charge la
11 douleur et la souffrance dans votre service ?

12 **Élodie** : Donc dans notre service, la douleur elle est prise en charge par des antalgiques prescrits par
13 les médecins et qui sont ensuite administrés par les IDE. On a l'équipe mobile de la douleur qui est
14 également amenée à être contactée pour des prises en charge complexes ou pour des personnes qui
15 sont en soins palliatifs. La douleur elle est évaluée chaque jour pour tous les patients, quelque soit le
16 motif d'hospitalisation. La souffrance morale est plus difficile à prendre en charge dans le service
17 parce qu'on manque cruellement de temps. On essaie tant bien que mal de prendre plus de temps
18 pour certains mais ça reste rare et la plupart du temps on oriente bien souvent la discussion avec les
19 psychologues présents dans le service.... Dans le service on rencontre un grand nombre de
20 souffrance parce que c'est un service où il y a une diversité des motifs d'hospitalisation. On a des
21 patients atteints de cancer en phase terminale qui sont effrayés par la mort et des patients qui
22 souffrent d'addictologie avec une histoire de vie terrifiante. Ces deux profils demandent beaucoup
23 de temps, et on en manque.

24 **Moi** : D'accord merci, ensuite est-ce que tu peux me définir ce que sont les émotions selon toi dans
25 le soin ?

26 **Élodie** : Les émotions pour moi c'est l'expression de sentiments incontrôlés.

27 **Moi** : Alors après, est-ce que tu penses qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent
28 fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

29 **Élodie** : Je pense que quand une situation nous fait penser à une chose personnelle, qui touche à
30 notre sphère privée, à ce moment là les émotions peuvent nous submerger. Par exemple,
31 l'accompagnement d'une patient en fin de vie et de sa famille, les adieux déchirants entre époux,

32 entre parents et enfants, ... etc. Sans le vouloir, les émotions émises par les personnes en souffrance
33 à ce moment là elles sont si grandes qu'elles en deviennent contagieuses.

34 **Moi :** Et enfin est-ce que tu peux me raconter une situation de soin où tes émotions ont joué un
35 rôle ?

36 **Élodie :** Alors une situation difficile à gérer, c'était il y a 2 semaines, on a eu le décès d'un patient
37 âgé de 60 ans, atteint d'un carcinome hépato-cellulaire à un stade terminal qui avait été
38 diagnostiqué il y a 4 mois. C'est un patient qui est suivi par le service depuis son diagnostic. Donc,
39 l'épouse elle est au courant de son diagnostic mais pas ses enfants. Il a un fils qui vit en nouvelle
40 Zélande et des jumelles, ses jumelles sont proches de mon âge et elles vivent à proximité de son
41 domicile. C'est une famille très fusionnel d'un point de vue extérieur. Et donc, le patient avait
42 décidé de ne pas annoncer sa maladie à ses enfants. Mais son état de santé s'est dégradé tellement
43 rapidement, il a été pris de court et il a annoncé à ses enfants sa maladie. L'annonce a été faite à ses
44 enfants le mardi et le patient est décédé le vendredi qui a suivi. L'épouse, les filles et le fils par
45 visiophone se succèdent au près du patient pour les adieux quand on a vu que son état était critique.
46 Avec les restrictions liées au Covid, la famille peut se rendre qu'une personne par une personne
47 dans la chambre les adieux sont longs, et le patient est conscient qu'il va mourir. Quelques
48 heures plus tard, le patient il s'arrête de respirer et l'épouse m'appelle en urgence et me demande de
49 faire quelque chose ... je l'accompagne dans la chambre et elle se met sur son mari et le supplie de
50 respirer à nouveau. Ses filles viennent alors dans la chambre et pleurent tellement fort que je suis
51 obligée de fermer la porte. L'émotion dans la chambre était si forte que ça m'a été difficile de rester
52 à proximité. Je me suis éloignée, j'ai prévenu le médecin du décès, et je suis allée boire un coup.
53 Une fois remise, je suis retournée les voir leur proposant mes services, quelque chose à boire, ... etc.
54 Puis je suis passée à un autre patient « bien » pour passer le cap. Évidemment, mes pensées sont
55 retournées vers ce moment en rentrant chez moi le soir.

56 **Moi :** Merci beaucoup pour tes réponses.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Entretien par entretien

Entretien n°1 avec Patricia (IDE1), ancienne infirmière en soins palliatifs avec une expérience de 9 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?	La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur» Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence.	L.10 « la relation soignant-soigné d'abord c'est une relation de confiance » L.12 « il faut établir une forte relation de confiance » L.13 « c'est aussi une relation intime » L.14 « il y a un engagement de la part du soignant dans cette intimité » L.15 « d'abord une relation de confiance et après une relation intime avec le patient. »
Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?	« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. »La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence. Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.	L.19 « elle était évaluée quotidiennement plusieurs fois par jour avec des échelles » L. 21 « on pouvait changer les traitements » L.22 « d'abord médicamenteux » L.23 « beaucoup d'entretien avec le patient et de relationnel. » L.23 « parler avec les patients pour savoir si la douleur n'était que physique ou aussi morale. » L.25 « on proposait la psychologue pour discuter. »

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « moteur » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.30 « ça va te faire résonance auprès de toi »</p> <p>L.31 « ce n'est pas se mettre à la place du patient mais ça fait écho à toi »</p> <p>L.32 « tu ne vas pas le montrer sur le coup au patient »</p> <p>L.33 « ça va te faire cogiter [...], te remettre en question sur certaines choses »</p> <p>L.34 « quand tu vas partir du service tu vas y penser. »</p> <p>L.35 « les émotions physiques et les pleurs qui arrivent. »</p> <p>L.36 « On est pas censé en tant que soignant montrer ses émotions mais des fois ça vient tout seul. »</p>
---	---	--

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation. Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.42 « des contextes de souffrances où la personne est dans une souffrance extrême et que toi en tant que soignant tu ne peux plus rien faire. »</i></p> <p><i>L.43 « Au niveau des émotions c'est très très compliqué à gérer »</i></p> <p><i>L.44 « des fois l'accompagnement il a ses limites et quand tu es mis face à tes limites c'est très compliqué pour un soignant d'arriver à faire avancer les choses et surtout à porter une aide au patient. »</i></p> <p><i>L.46 « la souffrance est intense et ça revient régulièrement, les émotions reviennent et puis toi tu es impuissant face à ça et c'est compliqué en tant que soignant »</i></p> <p><i>L.48 « quand tu es soignant tu as envie de soulager au maximum la personne. La soulager aussi bien physiquement que moralement »</i></p> <p><i>L.49 « dans ces cas là tu as tendance à souvent prendre les émotions et à être une éponge malheureusement »</i></p> <p><i>L.50 « on a beau dire qu'il faut prendre du recul, le recul est parfois difficile à trouver. »</i></p>
--	---	---

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.57 « je n'en pouvais plus de la voir souffrir cette dame c'était devenu horrible. [...] Un jour je me suis dis c'est pas possible, si j'étais à sa place. »</i></p> <p><i>L.64 « ça a été plus fort que moi. »</i></p> <p><i>L.64 « Je pense que c'est une des seules fois où vraiment les émotions ont pris le dessus. »</i></p> <p><i>L.68 « Et ses enfants ils avaient à peu près le même âge que les miens et surtout de ma fille. »</i></p> <p><i>L.71 « Et cette fois là, j'arrivais pas à comprendre qu'on puisse décider à la place de la maman si c'était bien pour les enfants qu'on lui emmène ou qu'on ne lui emmène pas. Et moi là j'ai réagis en tant que mère »</i></p> <p><i>L.76 « j'étais très très en colère qu'on ne puisse pas laisser les enfants à leur maman. Je me suis dis comment moi je voudrai, je me suis mise à sa place. »</i></p> <p><i>L.81 « Tu vois je t'en parle et les émotions reviennent... ça me bouleverse encore parce que je me suis dis comment on peut décider à la place de quelqu'un de ce qui est bien ou pas pour les gens. »</i></p> <p><i>L.84 « on était plusieurs soignants à pleurer»</i></p> <p><i>L.86« c'est humain de pleurer, d'avoir un attachement envers un patient »</i></p> <p><i>L.87« moi je me dis que le jour où je pleurerai plus parce que quelqu'un me touche, c'est ce jour-là que je pourrai me dire qu'il faut que je change de boulot. »</i></p> <p><i>L.89 « Et c'est vrai que des fois tu peux pas faire autrement que d'avoir un effet miroir »</i></p>
---	--	--

Entretien n°2 avec Justine (IDE2, infirmière en pédiatrie avec une expérience de 9 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>« La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur» Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence. »</p>	<p><i>L.7 « il faut quand même que ce soit une relation de confiance au départ »</i> <i>L.8 « en pédiatrie il faut que l'enfant soit en confiance et il faut aussi que les parents soient en confiance avec le soignant, c'est une relation triangulaire en pédiatrie. »</i> <i>L.13 « je pense que la base c'est la confiance. »</i></p>

<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p><i>« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. »</i></p> <p>La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence.</p> <p>Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	<p><i>L.18 « il y a la douleur qu'on va induire avec nos soins »</i></p> <p><i>L.19 « j'ai l'impression qu'on la prend pas trop trop mal en charge »</i></p> <p><i>L.20 « ils peuvent mettre de l'EMLA, on peut leur faire une ordonnance, on utilise beaucoup le MEOPA, le protoxyde d'azote pour qu'ils se détendent, on a le sucre doux pour les plus petits, [...] Les vraiment bébés on les fait mettre au sein »</i></p> <p><i>L.24 « on fait quand même un peu d'hypnose et de relaxation associés au MEOPA, on les distrait, on chante au moins ça fait rire tout le monde. »</i></p> <p><i>L.27 « il y a l'anxiété, l'angoisse, ça c'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile »</i></p> <p><i>L.28 « si il a peur c'est vrai que c'est compliqué. D'où la relation de confiance du coup »</i></p>
--	---	--

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « moteur » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.36 « Les émotions il y en a des 2 côtés, des 3 côtés même »</p> <p>L.37 « angoissés, ils ont la peur. »</p> <p>L.38 « on est satisfait d'un travail bien fait même si il y eu un échec entre temps »</p> <p>L.39 « il y a des soins simples qui sont finalement lourds, [...] ça peut nous vider toute notre provision de la journée. »</p> <p>L.41 « c'est plutôt positif, souvent t'es satisfait de ton travail sinon tu arrives à la maison avec un bagage qui est trop lourd. »</p>
---	---	--

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation.</p> <p>Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade.</p> <p>L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.45 « c'est les demandes de médecin dans l'urgence »</i></p> <p><i>L.48 « ça fait un stress supplémentaire. Ça va mettre une pression à tout le monde. C'est peut-être ça qui va nous mettre en difficulté. »</i></p>
--	---	--

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.52 « on nous dit de laisser notre personnalité au vestiaire mais on vient bien avec.[...] Je pense que tout le temps un peu ça influe. »</i></p> <p><i>L.63 « il y a un moment où j'étais entre 2, à pleurer avec la mère ou à tenir mon rôle et finalement j'ai réussi à tenir mon rôle et je me suis étonnée parce que je n'avais jamais eu de situation aussi compliquée. »</i></p> <p><i>L.68 « Elle ne voulait pas sortir cette maman, je pense que j'aurai pas voulu sortir non plus à sa place »</i></p> <p><i>L.69 « je pense mes émotions elles ont du jouer un rôle »</i></p> <p><i>L.73 « Je pense que c'est peut-être mon vécu de maman, moi jamais on me fera sortir de la chambre quand mon gamin décompense dans la chambre, c'est pas possible. »</i></p> <p><i>L.75 « Je pense que c'est plus mon rôle de mère, j'ai pas fait de transfert, j'ai un collègue qui a fait un transfert, son fils avait le même âge. Mais je me suis mise à la place de cette mère »</i></p> <p><i>L.80 « si je n'avais pas été maman ça aurait peut-être été différent. »</i></p> <p><i>L.82 « des fois tu perds un peu patience, [...] des fois t'es entre très disponible au début, un peu agacé »</i></p>
---	--	---

Entretien n°3 avec Estelle (IDE3), infirmière en pédiatrie avec une expérience de plus de 15 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>« La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur » Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence. »</p>	<p>L.6 « une relation de confiance surtout pour la pédiatrie » L.7 « pour mettre l'enfant en confiance, le rassurer et lui apporter tout le confort qu'on peut » L.9 « c'est ça la base, la relation de confiance » L.9 « Il y a aussi la relation de confiance avec les parents » L.15 « si on n'arrive pas à mettre les parents en confiance c'est très compliqué, la relation sera biaisée. »</p>
<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p>« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. » La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence. Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	<p>L.19 « on essaie de faire au mieux, de prévenir à l'avance avec des moyens thérapeutiques » L.120 « on a des protocoles médicaux pour faire en sorte que ce soit le moins douloureux possible. » L.24 « la prise en charge psychique elle est obligatoire » L.25 « si tu arrives à distraire l'enfant, à le rassurer déjà le ressenti sera beaucoup moins intense. » L.26 « si tu arrives à établir un bon contact pour que l'enfant se sente à l'aise déjà tu sais que t'auras une sensation moins douloureuse à vivre pour lui. »</p>

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques. Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « moteur » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.30 « moi ça fait longtemps que je travaille donc mes émotions de début carrières elles étaient pas forcément pareilles que maintenant. »</p> <p>L.32 « maintenant j'en ressens toujours des émotions mais j'arrive mieux à les gérer donc je les vis mieux mais je peux me laisser déborder par mes émotions tu vois »</p> <p>L.33 « dans des situations où il y trop de douleur; où on n'arrive pas à soulager l'enfant, là vraiment je suis submergée par mes émotions et ça peut m'handicaper dans la réalisation de mes soins »</p> <p>L.36 « des fois j'essaie de me mettre un petit peu dans ma bulle »</p> <p>L.39 « quand je sens que je vais avoir du mal à supporter de voir un enfant pleurer, de voir la détresse des parents, je vais peut-être me mettre un peu dans ma bulle, c'est [...] mon moyen de défense »</p> <p>L.41 « mes émotions débordent un peu trop et que ça va m'handicaper, je vais en quelque sorte m'enfermer pour rester apte à réaliser tous les soins technique et de façon efficace »</p>
---	--	--

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation. Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.46 « je pense que c'est propre à chacun »</i> <i>L.46 « il y a eu plusieurs étapes dans ma vie d'infirmière. »</i> <i>L.47 « quand tu viens d'avoir un enfant tu peux faire des transferts parce que des fois tu vois dans les enfants des enfants de ton entourage, tes enfants ou des proches et là ça devient difficile »</i> <i>L.49 « tu te retrouves submergé et du coup tu peux être moins efficace »</i> <i>L.51 « tu sais qu'il y a une issue qui est forcément défavorable et ici dans ce service là c'est ça qui est difficile, tu sais que ça va être compliqué, tu sais que ces enfants ils vivent des choses difficiles, qu'ils sont tout le temps dans les hôpitaux »</i> <i>L.54 « tu connais les issues et c'est compliqué de les voir se dégrader. »</i> <i>L.56 « tu savais pas si les enfants allaient survivre »</i> <i>L.57 « j'étais plus capable d'avancer, plus capable d'être efficace et dans ces cas là c'est très important d'avoir une équipe soudée, une équipe à qui tu peux parler et puis savoir reconnaître les moments où toi tu y arrives plus et qu'il faut passer la main »</i></p>
--	---	---

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions. On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.64 « on avait travaillé toute la journée sur un enfant qui avait de gros problèmes cardiaques, qui était donc intubé, qui avait un tas de choses très techniques autour de lui et je m'étais occupée que de cet enfant pendant ma journée entière de travail »</i></p> <p><i>L.68 « le médecin décide d'arrêter les thérapeutiques et la réanimation active »</i></p> <p><i>L.69 « d'un seul coup et on laisse partir l'enfant et moi j'étais du coup depuis au moins 8h dans cette chambre à mettre tout en œuvre et à être active et on était bien évidemment agressive »</i></p> <p><i>L.72 « j'ai pas compris la décision »</i></p> <p><i>L.75 « tu ne sais pas pourquoi ce jour là alors que ça fait des années que tu fais de la réanimation »</i></p> <p><i>L.76 « C'est peut-être mon vécu de maman »</i></p> <p><i>L.76 « les larmes sont montées »</i></p> <p><i>L.78 « au lieu de rester comme j'aurai du et comme j'aurai voulu le faire pour accompagner cette maman qui en avait besoin, je suis partie »</i></p> <p><i>L.81 « j'étais vraiment très frustrée de ne pas être allée au bout de cet accompagnement mais ce jour là je me suis retrouvée vraiment submergée »</i></p>
---	---	--

Entretien n°4 avec Carla (IDE4), infirmière en pédiatrie avec une expérience de plus de 15 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>« La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur» Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence. »</p>	<p><i>L.8 « C'est une relation où il faut, surtout en pédiatrie, instaurer un climat de confiance pour au mieux prendre en charge l'enfant »</i> <i>L.9 « après il faut aussi tenir compte aussi de facteurs extérieurs tels que la peur, la douleur, prendre en compte les parents, l'anxiété aussi des parents qui parfois peut être compliqué et avoir des répercussions sur l'enfant. »</i></p>

<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p><i>« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. »</i></p> <p>La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence.</p> <p>Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	<p><i>L.14 « on tient quand même bien compte de la douleur de l'enfant »</i></p> <p><i>L.15 « On a amélioré la prise en charge de la douleur »</i></p> <p><i>L.16 « en pédiatrie on tient bien compte de la douleur; que ce soit par des protocoles qu'on met en place médicamenteux »</i></p> <p><i>L.20 « il y a des méthodes non médicamenteuses qui se mettent en place avec la distraction, les tablettes, chanter les comptines, l'hypnose. »</i></p> <p><i>L.21 « on a pleins d'échelles de douleur qui sont aussi mises en place en fonction de l'âge de l'enfant, du contexte, de la pathologie. »</i></p> <p><i>L.22 « Je pense qu'on essaie de bien prendre en compte la douleur et de prendre en charge au mieux la douleur chez l'enfant. »</i></p> <p><i>L.26 « il y a toujours la possibilité de les orienter vers une psychologue »</i></p> <p><i>L.27 « C'est vrai qu'on pense souvent à la douleur physique en premier mais il y a la douleur psychique et parfois je pense que physiquement il n'y a pas de douleur mais la douleur est ancrée psychiquement et ça peut jouer sur la suite des soins. »</i></p> <p><i>L.29 « il est nécessaire de prendre en charge la douleur dès les premiers soins parce qu'après la douleur elle est ancrée »</i></p>
--	---	--

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « moteur » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.33 « la peur, l'anxiété, la douleur, des émotions négatives, la tristesse voilà ils se mettent à pleurer, la colère »</p> <p>L.34 « après il y a plus les émotions positives, où ça va bien se passer pour l'enfant donc on est dans un état de sérénité, de bien-être, même parfois [...], ils sont hilarants, ils rigolent, ils sont joyeux »</p> <p>L.40 « il peut y avoir de l'agressivité aussi »</p> <p>L.42 « il y a des répercussions après sur le soin, sur la prise en charge. »</p>
---	---	---

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation.</p> <p>Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.45 « je pense que quand on est en saturation dans un service ça renvoie des émotions difficiles à gérer et l'accueil peut en pâtir, ça peut être épuisant. »</i></p> <p><i>L.47 « il faut arriver à prendre du recul mais il y a certaines choses quand même qui fatiguent. »</i></p> <p><i>L.48 « il y a les urgences, des situations vitales, il faut une gestion du stress et c'est vrai que là niveau émotion il faut arriver à gérer la prise en charge et la peur chez les parents. »</i></p>
--	--	---

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.53 « je pense que parfois ta vie personnelle peut aussi jouer sur tes émotions. Parce que c'était après avoir eu mon premier enfant »</i></p> <p><i>L.56 « j'ai perdu mes moyens »</i></p> <p><i>L.58 « j'ai projeté sur mon enfant qui avait à peu près le même âge »</i></p> <p><i>L.59 « c'est vrai qu'une fois que t'as des enfants c'est difficile, avant j'arrivais à prendre du recul par rapport à des situations et après quand ta vie change tu peux faire des projections mais c'est humain et des fois c'est compliqué »</i></p> <p><i>L.62 « c'est ça qui est bien de travailler en équipe, tu peux passer le relais et il faut savoir passer la main. »</i></p> <p><i>L.63 « Parfois tu arrives à prendre plus de recul, selon l'état dans lequel tu es, si tu es fatigué ou si tu es bien, ton caractère ou ta personnalité, il y a pleins de choses qui rentrent en compte et qui t'aident à gérer les situations et tes émotions aussi. »</i></p> <p><i>L.65 « Il faut peut-être savoir en parler aussi »</i></p>
---	--	--

Entretien n°5 avec Julie (IDE5), infirmière en service covid avec une expérience de 3 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>« La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur » Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence. »</p>	<p><i>L.5 « un échange, une communication entre un patient et un soignant. »</i> <i>L.6 « une écoute, des soins et le traitement de sa pathologie »</i> <i>L.7 « une écoute active avec de la reformulation. »</i> <i>L.8 « faire preuve d'empathie. »</i> <i>L.9 « prendre soin, soulager et répondre à la douleur et à la souffrance physique et morale du patient. »</i></p>
<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p>« <i>la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.</i> » La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence. Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	<p><i>L.13 « évaluer si la douleur est physique ou psychique »</i> <i>L.14 « on utilise les moyens comme l'EVA, évaluation comportementale avec le faciès, les gémissements... »</i> <i>L.16 « on applique les protocoles de la douleur, les prescriptions écrites ou orales. »</i> <i>L.16 « Pour la douleur psychique, on fait preuve d'écoute, de reformulation. »</i></p>

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « <i>primaires</i> » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « <i>moteur</i> » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.19 « les réactions, le ressenti que l'on peut avoir face à une situation »</p> <p>L.20 « la joie, la tristesse, peur, la colère »</p> <p>L.20 « sont naturelles et leurs arrivées sont spontanées et c'est incontrôlable »</p>
---	---	---

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation.</p> <p>Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.25 « on est des êtres humains et qu'on réalise un métier et des soins envers des individus et non des machines. »</i></p> <p><i>L.26 « savoir maîtriser nos émotions, il faut garder une distance sociale et professionnelle avec les patients, tout en faisant preuve d'empathie »</i></p> <p><i>L.29 « les situations d'urgences parce qu'il faut maîtriser son stress, sa peur. »</i></p> <p><i>L.29 « quand on est face à la mort, il faut savoir contrôler sa tristesse. »</i></p> <p><i>L.30 « pour pouvoir être optimum dans la prise en charge du patient. »</i></p>
--	--	--

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.39 « Je n'ai pas su ni eu le temps de trouver les mots. »</i></p> <p><i>L.39 « Le patient nous a quitté et il me tenait la main à ce moment là. »</i></p> <p><i>L.40 « On a prévenu la famille de la triste nouvelle et elle nous demandé de ne pas prévenir son épouse. C'était encore plus difficile, elle nous questionnait en permanence »</i></p> <p><i>L.48 « là c'était difficile parce que clairement on demandait à la famille de faire un choix sur les deux seules personnes qui pourraient dire « au revoir » »</i></p>
---	--	---

Entretien n°6 avec Élodie (IDE6), infirmière en service d'hépatologie et gastrologie avec une expérience de 4 ans

Questions	Cadre de référence	Verbatim
<p>Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?</p>	<p>« La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur» Elle « est centrée sur la relation d'aide. Cette relation vise la compréhension de ce que vit l'autre et de sa situation et de percevoir les moyens pour résoudre ses problèmes. Cette relation d'aide est fondée sur 7 concepts tels que : la présence (confiance), l'écoute, le respect, l'acceptation, l'empathie, l'authenticité, la congruence. »</p>	<p><i>L.7 « elle repose sur la confiance et le respect que ce soit du patient envers le soignant mais aussi du soignant envers le patient. »</i> <i>L.8 « Il faut créer d'un environnement favorable à une bonne prise en soin. »</i></p>

<p>Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans votre service ?</p>	<p><i>« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. »</i></p> <p>La douleur est le premier motif de consultation des patients et elle est considérée comme la priorité lors de la prise en charge d'un patient. Les soignants se doivent de la soulager en fonction de leur compétence.</p> <p>Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles.</p>	<p><i>L.12 « prise en charge par des antalgiques »</i></p> <p><i>L.13 « On a l'équipe mobile de la douleur [...] pour des prises en charge complexes ou pour des personnes qui sont en soins palliatifs ».</i></p> <p><i>L.15 « elle est évaluée chaque jour pour tous les patients »</i></p> <p><i>L.16 « La souffrance morale est plus difficile à prendre en charge dans le service parce qu'on manque cruellement de temps »</i></p> <p><i>L.18 « on oriente bien souvent la discussion avec les psychologues »</i></p> <p><i>L.19 « on rencontre un grand nombre de souffrance parce que c'est un service où il y a une diversité des motifs d'hospitalisation »</i></p> <p><i>L.20 « On a des patients atteints de cancer en phase terminale qui sont effrayés par la mort et des patients qui souffrent d'addictologie »</i></p>
--	---	---

<p>Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?</p>	<p>« une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « <i>primaires</i> » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. On peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p> <p>« on ne peut pas travailler sans émotions », elles sont un « <i>moteur</i> » dans les soins.</p> <p>Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions.</p>	<p>L.26 « l'expression de sentiments incontrôlés »</p>
---	---	--

<p>Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?</p>	<p>les émotions dans le soin peuvent être nécessaires, elles peuvent être reconnues et régulées, c'est-à-dire ressentir des émotions car nous sommes humains mais ne pas se laisser envahir par nos émotions face à la souffrance des patients et pouvoir les exprimer et passer à autre chose. Et enfin, elles peuvent être réprimandées, c'est-à-dire de contenir ses émotions, s'empêcher de s'exprimer pour ne pas être débordé par ses émotions.</p> <p>Dans toute situation de soin l'infirmière ressent alors des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation. Les émotions s'expriment essentiellement dans une gestualité, c'est pourquoi il est difficile de les verbaliser. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade. L'infirmière doit s'adapter, elle réalise son soin malgré ses émotions et fait une sorte de déni pour pouvoir mener à bien son soin.</p> <p>Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler.</p>	<p><i>L.29 « quand une situation nous fait penser à une chose personnelle, qui touche à notre sphère privée »</i></p> <p><i>L.31 « l'accompagnement d'une patient en fin de vie et de sa famille, les adieux déchirants entre époux, entre parents et enfants »</i></p> <p><i>L.32 « Sans le vouloir, les émotions émises par les personnes en souffrance à ce moment là elles sont si grandes qu'elles en deviennent contagieuses. »</i></p>
--	---	---

<p>Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>On « <i>ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, elles sont instinctives, spontanées et jamais calculées à l'avance</i> », la réaction émotionnelle peut être positive ou négative mais ne doit pas être une honte pour le soignant ou le patient et elle influence notre comportement social ou professionnel. Le soignant doit alors faire preuve d'une capacité à surmonter les situations douloureuses qui mettent en jeu ses émotions.</p> <p>Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.</p> <p>Il faut savoir reconnaître et accepter nos sensibilités. Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert</p>	<p><i>L.39 « l'épouse elle est au courant de son diagnostic mais pas ses enfants. »</i></p> <p><i>L.40 « ses jumelles sont proches de mon âge »</i></p> <p><i>L.41 « C'est une famille très fusionnel »</i></p> <p><i>L.41 « le patient avait décidé de ne pas annoncer sa maladie à ses enfants. L'annonce a été faite à ses enfants le mardi et le patient est décédé le vendredi qui a suivi. »</i></p> <p><i>L.47 « les adieux sont longs, et le patient est conscient qu'il va mourir. Quelques heures plus tard, le patient il s'arrête de respirer et l'épouse m'appelle en urgence »</i></p> <p><i>L.50 « Ses filles viennent alors dans la chambre et pleurent tellement fort »</i></p> <p><i>L.51 « L'émotion dans la chambre était si forte que ça m'a été difficile de rester à proximité. Je me suis éloignée »</i></p> <p><i>L.54 « mes pensées sont retournées vers ce moment en rentrant chez moi le soir »</i></p>
---	--	---

Question par question

1) Pouvez-vous me définir la relation soignant-soigné selon vous ?

Concepts/thèmes	Cadre de référence	Verbatim
Relation de confiance	La relation soignant-soigné est centrée sur la relation d'aide. Cette relation d'aide repose sur la présence du soignant qui symbolise «être là» et inspire la confiance pour le soigné.	IDE1 L.10 « <i>la relation soignant-soigné d'abord c'est une relation de confiance</i> » IDE1 L.12 « <i>il faut établir une forte relation de confiance</i> » IDE2 L.7 « <i>il faut quand même que ce soit une relation de confiance au départ</i> » IDE2 L.13 « <i>je pense que la base c'est la confiance.</i> » IDE3 L.9 « <i>c'est ça la base, la relation de confiance</i> » IDE4 L.8 « <i>C'est une relation où il faut, surtout en pédiatrie, instaurer un climat de confiance pour au mieux prendre en charge l'enfant</i> » IDE6 L.7 « <i>elle repose sur la confiance et le respect que ce soit du patient envers le soignant mais aussi du soignant envers le patient.</i> »
Engagement	La relation soignant-soigné est une rencontre entre au moins deux personnes et elle nécessite 3 attitudes telles que l'engagement personnel du soignant, l'objectivité et la disponibilité, l'acceptation du patient sans jugement de valeur.	IDE1 L.14 « <i>il y a un engagement de la part du soignant dans cette intimité</i> »

Communication	Dès lors que nous rentrons en contact avec un patient, nous entrons dans la relation soignant-soigné. La relation peut passer par la communication mais également par l'interprétation de certains gestes, mimiques. Ces gestes et mimiques sont le résultat de nos sentiments et de nos émotions qui ont une place prépondérante dans la relation soignant-soigné.	IDE5 L.5 « <i>un échange, une communication entre un patient et un soignant. »</i>
Écoute	L'écoute permet de se rendre disponible pour être prêt à accueillir ce que dit l'autre et qui peut être à la fois parole et silence.	IDE5 L.6 « <i>une écoute, des soins et le traitement de sa pathologie »</i> IDE5 L.7 « <i>une écoute active avec de la reformulation. »</i>
Empathie	L'empathie est un socle de la relation de confiance, c'est un profond sentiment de compréhension de l'aidant face à la situation de l'aidé comme s'il se mettait à sa place pour comprendre ce qu'il vit et lui apporter un réconfort sans pour autant s'identifier à son vécu et sans le vivre.	IDE5 L.8 « <i>faire preuve d'empathie. »</i>
Respect	Le respect repose sur la confiance, c'est manifester de l'estime, traiter avec politesse, accueillir l'autre dans sa différence et montrer sa considération.	IDE6 L.7 « <i>elle repose sur la confiance et le respect que ce soit du patient envers le soignant mais aussi du soignant envers le patient. »</i>

2) Comment est-ce que vous prenez en charge la douleur et la souffrance dans le service ?

Concepts/thèmes	Cadre de référence	Verbatim
<p>Évaluation de la douleur et adaptation du traitement</p>	<p>Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'évaluation et la prévention de la douleur sont essentielles. Les patients n'expriment pas toujours leur douleur et les soignants se doivent de l'identifier afin d'instaurer par la suite un traitement, une adaptation pour soulager le patient. Il faut savoir évaluer la localisation, l'intensité, le temps, comment la douleur se manifeste, le retentissement. Il existe différentes échelles afin d'évaluer la douleur telles que l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, l'échelle verbale simple, l'échelle comportementale.</p> <p>Il faut évaluer la douleur pour adapter la prise en charge en fonction de l'intensité de la douleur ainsi que de sa localisation et sa temporalité et ensuite mettre en œuvre le traitement qui associe des moyens pharmacologique et non pharmacologique.</p> <p>Le troisième plan de 2006-2010 priorise l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables pour mieux prendre compte la douleur des patients, l'amélioration des modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation de méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.</p>	<p>IDE1 L.19 « elle était évaluée quotidiennement plusieurs fois par jour avec des échelles » IDE1 L. 21 « on pouvait changer le traitement » IDE1 L.22 « d'abord médicamenteux » IDE2 L.19 « j'ai l'impression qu'on la prend pas trop trop mal en charge » IDE2 L.24 « on fait quand même un peu d'hypnose et de relaxation associés au MEOPA, on les distrait, on chante au moins ça fait rire tout le monde. » IDE3 L.19 « on essaie de faire au mieux, de prévenir à l'avance avec des moyens thérapeutiques » IDE3 L.20 « on a des protocoles médicaux pour faire en sorte que ce soit le moins douloureux possible. » IDE4 L.14 « on tient quand même bien compte de la douleur de l'enfant » IDE4 L.15 « On a amélioré la prise en charge de la douleur » IDE4 L.16 « en pédiatrie on tient bien compte de la douleur, que ce soit par des protocoles qu'on met en place médicamenteux » IDE4 L.20 « il y a des méthodes non médicamenteuses qui se mettent en place avec la distraction, les tablettes, chanter les comptines, l'hypnose. » IDE4 L.21 « on a pleins d'échelles de douleur qui sont aussi mises en place »</p>

		<p>IDE5 L.13 « évaluer si la douleur est physique ou psychique »</p> <p>IDE5 L.14 « on utilise les moyens comme l'EVA, évaluation comportementale avec le faciès, les gémissements... »</p> <p>IDE5 L.16 « on applique les protocoles de la douleur; les prescriptions écrites ou orales. »</p> <p>IDE6 L.12 « prise en charge par des antalgiques »</p> <p>IDE6 L.13 « On a l'équipe mobile de la douleur [...] pour des prises en charge complexes ou pour des personnes qui sont en soins palliatifs ».</p> <p>IDE6 L.15 « elle est évaluée chaque jour pour tous les patients »</p>
Entretien	<p>Il faut savoir qu'il existe différents types de douleurs :les douleurs par excès de nociception, (la plus fréquente qui peut être qualifiée de mécanique ou d'inflammatoire), les douleurs neurogènes qui résultent d'un dysfonctionnement du système nerveux (neuropathies...), les douleurs du membre fantôme qui sont un type de douleur neurogène et qui seraient provoquées par notre mémoire et enfin les douleurs psychogènes qui révèlent un conflit psychique (dépression, névrose, hypocondrie).</p> <p>La douleur est au centre de la prise en charge de ces patients, ils souffrent physiquement mais généralement souffrent également psychologiquement, d'où l'importance d'une prise en charge adaptée et efficace.</p>	<p>IDE1 L.23 « beaucoup d'entretien avec le patient et de relationnel. »</p> <p>IDE1 L.23 « parler avec les patients pour savoir si la douleur n'était que physique ou aussi morale. »</p> <p>IDE1 L.25 « on proposait la psychologue pour discuter. »</p> <p>IDE3 L.24 « la prise en charge psychique elle est obligatoire »</p> <p>IDE4 L.26 « il y a toujours la possibilité de les orienter vers une psychologue »</p> <p>IDE5 L.16 « Pour la douleur psychique, on fait preuve d'écoute, de reformulation. »</p> <p>IDE6 L.18 « on oriente bien souvent la discussion avec les psychologues »</p>

3) Pouvez-vous me définir ce que sont les émotions selon vous ?

Concepts/thèmes	Cadre de référence	Verbatim
Émotions physiques	<p>« Une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques ».</p> <p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût.</p>	<p>IDE1 L.35 « les émotions physiques et les pleurs qui arrivent. »</p> <p>IDE2 L.37 « angoissés, ils ont la peur. »</p> <p>IDE2 L.38 « on est satisfait d'un travail bien fait même si il y eu un échec entre temps »</p> <p>IDE2 L.41 « c'est plutôt positif, souvent t'es satisfait de ton travail sinon tu arrives à la maison avec un bagage qui est trop lourd. »</p> <p>IDE4 L.33 « la peur, l'anxiété, la douleur, des émotions négatives, la tristesse voilà ils se mettent à pleurer, la colère »</p> <p>IDE4 L.34 « après il y a plus les émotions positives, où ça va bien se passer pour l'enfant donc on est dans un état de sérénité, de bien-être, même parfois [...], ils sont hilarants, ils rigolent, ils sont joyeux »</p> <p>IDE4 L.40 « il peut y avoir de l'agressivité aussi »</p> <p>IDE5 L.19 « les réactions, le ressenti que l'on peut avoir face à une situation »</p> <p>IDE5 L.20 « la joie, la tristesse, peur, la colère »</p>

<p>Gestion des émotions</p>	<p>Les émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables. <i>« On ne peut pas travailler sans émotions »</i>, elles sont un <i>« moteur »</i> dans les soins. Les émotions peuvent prendre une place plus ou moins importante dans la situation vécue, on peut ne pas y prêter attention ou au contraire se laisser submerger par ses émotions. Pour pouvoir accepter, surmonter ses émotions il est nécessaire de pouvoir les exprimer et en parler avec d'autres soignants qui ont sûrement dû ressentir la même chose dans des situations différentes. La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p>	<p>IDE1 L.30 <i>« ça va te faire résonance auprès de toi »</i> IDE1 L.31 <i>« ce n'est pas se mettre à la place du patient mais ça fait écho à toi »</i> IDE1 L.33 <i>« ça va te faire cogiter [...], te remettre en question sur certaines choses »</i> IDE1 L.34 <i>« quand tu vas partir du service tu vas y penser. »</i> IDE3 L.30 <i>« moi ça fait longtemps que je travaille donc mes émotions de début carrières elles étaient pas forcément pareilles que maintenant. »</i> IDE3 L.32 <i>« maintenant j'en ressens toujours des émotions mais j'arrive mieux à les gérer donc je les vis mieux mais je peux me laisser déborder par mes émotions tu vois »</i> IDE3 L.39 <i>« quand je sens que je vais avoir du mal à supporter de voir un enfant pleurer, de voir la détresse des parents, je vais peut-être me mettre un peu dans ma bulle, c'est [...] mon moyen de défense »</i> IDE5 L.20 <i>« sont naturelles et leurs arrivées sont spontanées et c'est incontrôlable »</i> IDE6 L.26 <i>« l'expression de sentiments incontrôlés »</i></p>
-----------------------------	--	--

Cacher ses émotions	Afin d'optimiser la prise en charge, le soignant ne doit pas se montrer trop expressif au risque de modifier l'organisation du soin. Il est essentiel de prendre en compte l'impact émotionnel suscité par le malade mais il faut savoir se détacher émotionnellement pour ne pas créer d'obstacles au soignant et ne pour que cela ne déteigne pas sur le patient. Mais il est important de parler pour atténuer ou exacerber l'émotion ressentie. Le fait d'accepter ses émotions rend la relation soignant-soigné plus chaleureuse et permet une meilleure prise en charge.	<p>IDE1 L.32 « <i>tu ne vas pas le montrer sur le coup au patient</i> »</p> <p>IDE1 L.36 « <i>On est pas censé en tant que soignant montrer ses émotions mais des fois ça vient tout seul.</i> »</p> <p>IDE3 L.36 « <i>des fois j'essaie de me mettre un petit peu dans ma bulle</i> »</p>
Impact des émotions sur la prise en charge	Dans toute situation de soin, l'infirmière ressent des émotions qui vont permettre une personnalisation des soins et une adaptation. Elles interfèrent dans la réalisation des soins et dans la prise en charge d'un malade.	<p>IDE3 L.33 « <i>dans des situations où il y trop de douleur, où on n'arrive pas à soulager l'enfant, là vraiment je suis submergée par mes émotions et ça peut m'handicaper dans la réalisation de mes soins</i> »</p> <p>IDE3 L.41 « <i>mes émotions débordent un peu trop et que ça va m'handicaper, je vais en quelque sorte m'enfermer pour rester apte à réaliser tous les soins technique et de façon efficace</i> »</p> <p>IDE4 L.42 « <i>il y a des répercussions après sur le soin, sur la prise en charge.</i> »</p>

4) Pensez-vous qu'il y a des situations ou contextes qui reviennent fréquemment et qui favorisent le fait d'être submergé par ses émotions ?

Concepts/thèmes	Cadre de référence	Verbatim
Situation de souffrance	<p>Selon Phaneuf, la relation soignant-soigné doit « <i>se dérouler dans une ambiance de chaleur humaine, de compréhension du vécu du malade et d'efficacité professionnel</i> ».</p> <p>Mais il est parfois difficile de conserver cette ambiance chaleureuse face à la souffrance des patients, c'est là que rentre en jeu nos émotions et il peut s'installer de la tristesse, des inquiétudes...</p> <p>On peut alors se poser la question de juste-distance qui est défini par Monceau comme « <i>étant un cadre protecteur déterminé par la profession et l'institution ; il est nécessaire autant à l'efficacité des soins qu'à la permanence des repères identitaires.</i> » La douleur nous permet de comprendre les réactions des patients et d'adapter notre prise en charge.</p> <p>Morasz dit que pour pouvoir prendre en charge la souffrance d'un patient il faut d'abord l'accueillir.</p>	<p>IDE1 L.42 « <i>des contextes de souffrances où la personne est dans une souffrance extrême et que toi en tant que soignant tu ne peux plus rien faire.</i> »</p> <p>IDE1 L.44 « <i>des fois l'accompagnement il a ses limites et quand tu es mis face à tes limites c'est très compliqué pour un soignant d'arriver à faire avancer les choses et surtout à porter une aide au patient.</i> »</p> <p>IDE1 L.46 « <i>la souffrance est intense et ça revient régulièrement, les émotions reviennent et puis toi tu es impuissant face à ça et c'est compliqué en tant que soignant</i> »</p> <p>IDE1 L.48 « <i>quand tu es soignant tu as envie de soulager au maximum la personne. La soulager aussi bien physiquement que moralement</i> »</p>

<p>Situation de décès</p>	<p>« <i>Le prendre soin relève d'activités de soutien, d'accompagnement à la vie pour la maintenir, la développer, la réparer.</i> » (Brugère, F. 2014, p. 58 à 68).</p> <p>En effet, ce n'est pas forcément un soin curatif mais plutôt un accompagnement, une aide. Le soin ne mène pas toujours à la guérison, il peut avoir une visée thérapeutique et éthique.</p>	<p>IDE3 L.51 « <i>tu sais qu'il y a une issue qui est forcément défavorable et ici dans ce service là c'est ça qui est difficile, tu sais que ça va être compliqué</i> »</p> <p>IDE3 L.55 « <i>tu connais les issues et c'est compliqué de les voir se dégrader.</i> »</p> <p>IDE3 L.56 « <i>tu savais pas si les enfants allaient survivre</i> »</p> <p>IDE5 L.29 « <i>quand on est face à la mort, il faut savoir contrôler sa tristesse.</i> »</p> <p>IDE6 L.31 « <i>l'accompagnement d'une patient en fin de vie et de sa famille, les adieux</i> »</p>
<p>Situation d'urgence/stress</p>		<p>IDE2 L.46 « <i>ça fait un stress supplémentaire.</i> »</p> <p>IDE4 L.48 « <i>il y a les urgences, des situations vitales, il faut une gestion du stress et c'est vrai que là niveau émotion il faut arriver à gérer la prise en charge et la peur chez les parents.</i> »</p> <p>IDE5 L.29 « <i>les situations d'urgences parce qu'il faut maîtriser son stress, sa peur.</i> »</p>

<p>Transfert et contretransfert</p>	<p>Nos émotions ainsi que celles des patients nous rendent « <i>vulnérables</i> », en effet la relation instaurée avec le patient est le plus important pendant le soin, mais celle-ci peut provoquer des réactions inattendues et inconnues. Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert dont il faut se méfier. <i>«Le transfert est un processus psychologique qui tend à reporter sur d'autres personnes les émotions et les désirs ressentis. Ils peuvent osciller entre l'amour et le désintérêt, la tendresse et l'agressivité, et sont souvent imbriqués de façon ambivalente. Le terme transfert et habituellement appliqué à la réaction du patient et le terme de contretransfert à celle de la soignante.»</i></p>	<p>IDE3 L.47 « <i>quand tu viens d'avoir un enfant tu peux faire des transferts parce que des fois tu vois dans les enfants des enfants de ton entourage, tes enfants ou des proches et là ça devient difficile</i> » IDE6 L.29 « <i>quand une situation nous fait penser à une chose personnelle, qui touche à notre sphère privée</i> »</p>
<p>Conséquences sur les émotions</p>	<p>La question de juste-distance revient car il faut savoir accueillir la douleur, les émotions, les affects du patient sans pour autant se les approprier et se sentir submergé mais en devant assurer une prise en charge correcte. Morasz illustre alors la rencontre difficile entre la compétence relationnelle du soignant et la souffrance des soignés.</p>	<p>IDE1 L.43 « <i>Au niveau des émotions c'est très très compliqué à gérer</i> » IDE1 L.49 « <i>dans ces cas là tu as tendance à souvent prendre les émotions et à être une éponge malheureusement</i> » IDE1 L.50 « <i>on a beau dire qu'il faut prendre du recul, le recul est parfois difficile à trouver.</i> » IDE3 L.46 « <i>je pense que c'est propre à chacun</i> » IDE3 L.46 « <i>il y a eu plusieurs étapes dans ma vie d'infirmière.</i> » IDE3 L.49 « <i>tu te retrouves submergé et du coup tu peux être moins efficace</i> » IDE5 L.25 « <i>on est des êtres humains et qu'on réalise un métier et des soins envers des individus et non des machines.</i> »</p>

		IDE5 L.27 « <i>savoir maîtriser nos émotions, il faut garder une distance sociale et professionnelle avec les patients, tout en faisant preuve d'empathie</i> »
--	--	---

5) Pouvez-vous me raconter une situation de soin où vos émotions ont joué un rôle ?

Concepts/thèmes	Cadre de référence	Verbatim
Contexte de la situation		<p>IDE1 L.57 « <i>je n'en pouvais plus de la voir souffrir cette dame c'était devenu horrible. [...]</i> Un jour je me suis dis c'est pas possible, si j'étais à sa place. »</p> <p>IDE3 L.67 « <i>d'un seul coup et on laisse partir l'enfant et moi j'étais du coup depuis au moins 8h dans cette chambre à mettre tout en œuvre et à être active et on était bien évidemment agressive</i> »</p> <p>IDE5 L.39 « <i>Le patient nous a quitté et il me tenait la main à ce moment là.</i> »</p> <p>IDE6 L.39 « <i>le patient avait décidé de ne pas annoncer sa maladie à ses enfants. L'annonce a été faite à ses enfants le mardi et le patient est décédé le vendredi qui a suivi.</i> »</p> <p>IDE6 L.45 « <i>les adieux sont longs, et le patient est conscient qu'il va mourir. Quelques heures plus tard, le patient il s'arrête de respirer et l'épouse m'appelle en urgence</i> »</p>

<p>Émotions</p>	<p>« l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».</p> <p>Les émotions sont des ressentis positifs ou négatifs, agréables ou désagréables accompagnés de modifications physiologiques et somatiques.</p> <p>Il existe six émotions dites « primaires » qui sont la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût.</p> <p>Les émotions sont propres à chacun mais ne sont pas évitables.</p>	<p>IDE1 L.64 « ça a été plus fort que moi. »</p> <p>IDE1 L.84 « on était plusieurs soignants à pleurer »</p> <p>IDE1 L.86 « c'est humain de pleurer, d'avoir un attachement envers un patient »</p> <p>IDE1 L.76 « j'étais très très en colère qu'on ne puisse pas laisser les enfants à leur maman. »</p> <p>IDE2 L.61 « il y a un moment où j'étais entre 2, à pleurer avec la mère ou à tenir mon rôle et finalement j'ai réussi à tenir mon rôle et je me suis étonnée parce que je n'avais jamais eu de situation aussi compliquée. »</p> <p>IDE3 L.75 « les larmes sont montées »</p> <p>IDE6 L.49 « L'émotion dans la chambre était si forte que ça m'a été difficile de rester à proximité. Je me suis éloignée »</p>
<p>Vie personnelle</p>	<p>Le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p> <p>Il est possible de projeter inconsciemment nos émotions et ainsi réaliser un transfert ou contretransfert dont il faut se méfier.</p> <p>«Le transfert est un processus psychologique qui tend à reporter sur d'autres personnes les émotions et les désirs ressentis. Ils peuvent osciller entre l'amour et le désintérêt, la tendresse et l'agressivité, et sont souvent imbriqués de façon ambivalente. Le terme transfert et habituellement appliqué à la réaction du patient et le terme de contretransfert à celle de la soignante.»</p>	<p>IDE1 L.76 « Je me suis dis comment moi je voudrai, je me suis mise à sa place. »</p> <p>IDE1 L.89 « Et c'est vrai que des fois tu peux pas faire autrement que d'avoir un effet miroir »</p> <p>IDE1 L. 68 « Et ses enfants ils avaient à peu près le même âge que les miens et surtout de ma fille. »</p> <p>IDE1 L.71 «Et moi là j'ai réagis en tant que mère »</p> <p>IDE2 L.66 « Elle ne voulait pas sortir cette maman, je pense que j'aurai pas voulu sortir non plus à sa place »</p> <p>IDE2 L.71 « Je pense que c'est peut-être mon vécu de maman, moi jamais on me fera sortir de la chambre quand mon gamin décompense dans la chambre, c'est pas possible. »</p>

		<p>IDE2 L.73 « <i>Je pense que c'est plus mon rôle de mère, j'ai pas fait de transfert, j'ai un collègue qui a fait un transfert, son fils avait le même âge. Mais je me suis mise à la place de cette mère</i> »</p> <p>IDE2 L.78 « <i>si je n'avais pas été maman ça aurait peut-être été différent.</i> »</p> <p>IDE3 L.74 « <i>C'est peut-être mon vécu de maman</i> »</p> <p>IDE4 L.53 « <i>je pense que parfois ta vie personnelle peut aussi jouer sur tes émotions. Parce que c'était après avoir eu mon premier enfant</i> »</p> <p>IDE4 L.58 « <i>j'ai projeté sur mon enfant qui avait à peu près le même âge</i> »</p> <p>IDE4 L.59 « <i>c'est vrai qu'une fois que t'as des enfants c'est difficile, avant j'arrivais à prendre du recul par rapport à des situations et après quand ta vie change tu peux faire des projections mais c'est humain et des fois c'est compliqué</i> »</p> <p>IDE6 L.38 « <i>ses jumelles sont proches de mon âge</i> »</p>
<p>Personnalité</p>	<p>La maturité, l'expérience au travail et le vécu personnel fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.</p>	<p>IDE2 L.50 « <i>on nous dit de laisser notre personnalité au vestiaire mais on vient bien avec.[...] Je pense que tout le temps un peu ça influe.</i> »</p> <p>IDE4 L.63 « <i>Parfois tu arrives à prendre plus de recul, selon l'état dans lequel tu es, si tu es fatigué ou si tu es bien, ton caractère ou ta personnalité, il y a pleins de choses qui rentrent en compte et qui t'aident à gérer les situations et tes émotions aussi.</i> »</p>

Expérience	La maturité, l'expérience au travail fera que chaque soignant ne vivra pas la situation avec les mêmes émotions.	<p>IDE3 L.30 « moi ça fait longtemps que je travaille donc mes émotions de début carrières elles étaient pas forcément pareilles que maintenant. »</p> <p>IDE3 L.32 « maintenant j'en ressens toujours des émotions mais j'arrive mieux à les gérer donc je les vis mieux mais je peux me laisser déborder par mes émotions tu vois »</p> <p>IDE3 L.73 « tu ne sais pas pourquoi ce jour là alors que ça fait des années que tu fais de la réanimation »</p>
------------	--	--

ABSTRACT

L'émotion au cœur du soin

Résumé :

Être confrontée à mes propres émotions lors de mes différents stages, face à des patients en souffrance m'a amené à me poser la question de départ suivante : « *En quoi les émotions des soignants face à la douleur d'un patient peuvent impacter la prise en charge de celui-ci ?* ».

L'interaction entre le soignant et le soigné donne lieu à une relation qui est très importante dans le soin. Mais cette relation va forcément nous faire ressentir des émotions, qui seront différentes en fonction des patients et de la situation. Ces émotions vont jouer un rôle dans la prise en charge des patients. Elles peuvent varier en fonction de la souffrance du patient.

Afin d'étudier l'impact des émotions sur la prise en charge d'un patient souffrant, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs individuels dans le but de rassembler des témoignages d'infirmières d'expériences plus ou moins longues en service de pédiatrie, des soins palliatifs et de médecine.

L'analyse de mes entretiens m'a permis de mettre en évidence que les situations de grande souffrance avec des patients-enfants étaient les plus difficiles à gérer émotionnellement pour les soignants. Les émotions sont propres à chacun, et, la vie personnelle, l'expérience et la personnalité vont influencer la gestion de celles-ci. Il faut trouver le juste milieu entre accepter ses émotions, ne pas les refouler et ne pas se laisser submerger. Ce travail entraîne une nouvelle perspective de recherche sur la juste-distance avec les patients-enfants.

Mots-clés : émotion, prise en charge, douleur, relation soignant-soigné, soin

Emotion at the heart of care

Abstract:

Being confronted with my own emotions during my various internships, with patients in pain, led me to the bellowed questions:

« *How would the healer's emotions, confronted to pain, impact the patients care?* »

The interaction between the healer and the healed gives place to a relationship that is really important in healthcare. But this relationship will create some emotions for the healer. They will be different according to the situation and the patient.

These emotions will take a part in the patients care. They can fluctuate according to the pain of the patient.

To analyse the impact of emotions in the healthcare of a patient in pain, we conducted individual semi-structured interviews in order to collect testimonials of nurses with different degrees of experience from pediatrics, palliative care and medicine.

The analysis of these interviews allowed me to highlight the fact that, situations of suffering with child patients was more difficult to deal with.

Emotions are unique to everyone and, our personal life, our experiences, our personality can impact the way we deal with them. We have to find the right balance between accepting our feelings, not pushing them back and not being overwhelmed. This work led to a new perspective of studies on the good distance with child patients.

Keywords : emotions, healthcare, pain, healer, Healed, patient, care